

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

153

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Février 1907, à 1 heure

PAR

Aimé ARTAULT

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Poitiers
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

APPENDICITES & ENTÉRITES

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { *MM. PINARD, professeur*
LÉPAGE, agrégé
Pierre DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE
	Professeurs	MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BERGERE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	PINARD
		POZZI
Clinique gynécologique		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile		ALBERT ROBIN
Clinique thérapeutique		

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales nous avons contracté des dettes de reconnaissance envers nos maîtres.

Nous sommes heureux de profiter de la présentation de notre thèse pour essayer de nous en acquitter. C'est vers nos premiers maîtres de l'Ecole de Poitiers que notre pensée reconnaissante se tourne tout d'abord. Nous ne pouvons oublier la bienveillance que tous nous ont témoignée, et les en remercions sincèrement.

Nous tenons particulièrement à assurer de notre gratitude MM. Chrétien et Malapert, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne durant deux années inoubliables.

Nous avons pu apprécier la valeur de leur enseignement clinique et la bienveillance dont ils nous ont comblé.

MM. les professeurs Buffet-Delmas, Beauchamp et Léger, MM. les Drs Faivre et Bessonnet nous permettront de leur exprimer également toute notre gratitude pour l'intérêt qu'ils nous ont témoigné.

A Paris, nous nous sommes efforcé de profiter des leçons de MM. les professeurs Bar et Brindeau, qui nous ont enseigné l'art des accouchements.

Enfin nous nous honorons avoir été l'élève et l'obligé de M. le Dr Broca, chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades, dont nous avons pu apprécier le sens clinique, et l'estime qu'il nous a témoignée.

Il fut l'inspirateur de ce travail, et nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre dévouement.

Nous avons pu observer, dans son service, de nombreux cas d'appendicite précédés ou accompagnés d'entérite et nous avons voulu apporter une contribution modeste à l'étude des rapports qui existent entre ces deux affections.

L'appendicite est-elle une localisation du processus de l'entérite ?

Est-elle une complication de cette affection ?

S'agit-il d'une propagation de ce processus inflammatoire à l'appendice, ou n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence, sur laquelle ni le pronostic ni l'indication thérapeutique ne puissent se fonder ?

Tel est l'objet de notre thèse.

Appendicites et Entérites

L'origine infectieuse de l'appendicite étant admise par tous les auteurs, cette affection doit obéir à l'une des grandes lois qui dominent la pathogénie des maladies infectieuses.

Cette loi est celle du « *locus minoris resistentiæ* ».

Elle assimile l'organisme à un milieu dans lequel la semence morbide germe d'autant plus facilement qu'elle trouve un terrain préparé, dont la résistance a été amoindrie par des réactions antérieures.

D'où le rôle possible de l'entérite et l'utilité, à notre point de vue, d'un examen soigneux du passé intestinal de tous les appendiculaires.

Et d'abord, ce passé intestinal est-il fréquent ?

On a prétendu qu'il ne l'était pas assez pour justifier l'établissement d'un rapport entre l'entérite et l'appendicite.

Cela tient probablement à ce que l'on a surtout étudié l'appendicite à forme brusque, débutant par une douleur soudaine et intense en « coup de pis-

tolet » dans la fosse iliaque droite, avec un cortège symptomatique si net que le diagnostic s'impose.

La rapidité du diagnostic épargne alors au praticien une longue investigation, et il n'y a pas lieu de s'étonner que ce point particulier ait été quelque peu négligé dans les observations d'appendicite.

Mais, à côté de ces formes franches, aiguës, combien ne voit-on pas d'appendicites, à marche torpide, indécise, dans lesquelles non seulement les symptômes ne sont pas au complet, mais ceux que nous percevons sont mobiles et parfois méconnaissables ?

Ces faits ne doivent-ils pas être attribués à la réaction spéciale de l'organisme dans des cas particuliers ?

L'appendicite n'est pas l'effet d'une cause unique ; il n'y a pas de microbe spécifique de cette affection.

En 1897, MM. Achard et Broca, dans vingt cas, trouvèrent le coli-bacille sept fois sur dix, associé au streptocoque, au pneumocoque.

L'appendicite peut être due au bacille de Koch et se présenter alors sous des formes variables selon la réaction provoquée par le bacille.

On a attribué à certains microbes anaérobies les accidents gangréneux que peut présenter l'appendice.

Il n'y a pas en réalité une appendicite, mais des

appendicites de nature et de formes cliniques variables.

Il n'y a pas non plus une infection, mais une poly-infection (Roger et Josué).

Le streptocoque comporte une fièvre plus élevée que le coli-bacille et le pneumocoque, le bacille de Koch a une évolution lente, caractérisée par l'hypertrophie ou la tendance à l'ulcération de l'appendice.

De plus, tous les auteurs ont observé, chez l'enfant surtout, que l'appendicite coïncide souvent, ainsi que le faisait remarquer encore tout récemment M. le professeur Kirmisson, avec certaines maladies infectieuses, angines, grippes, oreillons, varicelles.

Ces faits ne démontrent pas seulement la nature infectieuse de l'appendicite, mais aussi la diversité des causes de cette affection.

Cette notion a son importance au point de vue pratique, car elle doit inspirer une juste méfiance au médecin, dans les cas douteux où, l'orage passé, il hésite à conseiller l'intervention chirurgicale.

A côté de l'appendicite aiguë, la clinique avait signalé une forme chronique, caractérisée par la lenteur et les caprices de son évolution et présentant des poussées successives.

Pesquerel, en 1899, Rastouil, en 1900, en firent l'objet de leurs thèses.

La vérité avait fait un pas en avant, mais une

division subsistait, qui consacrait une erreur scientifique et une observation clinique imparfaite.

Il est très rare, en effet, que si nous pressons de questions notre malade, si nous le forçons pour ainsi dire, jusqu'aux limites les plus éloignées de ses souvenirs, nous n'obtenions pas de lui l'aveu qu'il a éprouvé autrefois, avec moins d'intensité, certes, mais d'une façon nette, des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite et plus spécialement du point de Mac Burney. Aussi l'opinion qui prévaut aujourd'hui et rallie les suffrages de presque tous les chirurgiens, bien placés pour juger ce point spécial, puisqu'ils ont en main le corps du délit, cette opinion peut s'exprimer ainsi :

« L'appendicite est une lésion chronique, sur laquelle viennent se greffer des épisodes aigus » (A. Broca).

Cette vérité est imposée par l'examen macroscopique et microscopique des appendices extirpés.

Il n'est pas de chirurgien qui, opérant à froid une appendicite, caractérisée par une seule crise, ou même d'urgence, également après une crise unique, un appendiculaire menacé de péritonite, par la présence de pus dans la fosse iliaque ou l'imminence d'une perforation, n'ait été frappé de trouver un appendice très profondément altéré, porteur de lésions anciennes, nullement en rapport avec la durée de la crise, lésions que l'œil perçoit et que le microscope précise.

En pareil cas, il faut bien admettre qu'il s'agit

d'un processus chronique et que l'appendicite, qui évoluait sournoisement a, sous une influence quelconque, fait une poussée inflammatoire aiguë.

Il est tout naturel, en présence de ces faits, de penser à des lésions chroniques du gros intestin, à des colites, ayant préparé le terrain et créé, au niveau de la région cæco-appendiculaire, un *locus minoris resistentiæ*.

Cette région, partie déclive du côlon ascendant, est, pour ainsi dire située en dehors du trajet des matières fécales. Celles-ci y séjournent plus ou moins, peuvent pénétrer dans l'appendice vermiculaire : et de fait il est très rare qu'on n'en trouve pas de traces dans les appendices extirpés.

S'il y a coprostase, ces matières fécales, durcies, ne doivent-elles pas exercer une sorte de traumatisme sur l'ampoule cœcale et sur l'orifice d'implantation de l'appendice ?

D'autre part celles que contient l'appendice lui-même se durcissant, peuvent en altérer la muqueuse et diminuer sa résistance à la flore microbienne qui pullule dans l'intestin, particulièrement au coli-bacille.

La stagnation des matières fécales suspend ou amoindrit la défense phagocytaire des parois.

Cette notion admise, pourquoi les lésions de l'intestin de nature et d'intensité variables ne créeraient-elles pas de la même façon un lien de moindre résistance ?

Si l'on admet le rôle de la stase, c'est-à-dire d'une cause prédisposante, comment nier celui de l'entérite ?

Cette négation ne résiste pas à l'observation clinique, si la constipation est presque la règle, au cours de l'appendicite, elle alterne assez souvent avec la diarrhée et quelquefois même lui cède le pas au point que celle-ci devient le phénomène intestinal dominant.

Au point de vue de ses rapports avec l'appendicite l'entérite doit être envisagée sous ses diverses formes cliniques.

On sait le lourd tribut que la première enfance paie à la gastro-entérite. N'est-il pas intéressant de se demander si les enfants qui ont triomphé de cette redoutable maladie ne présentent pas une susceptibilité spéciale et si l'appendicite ne les guette pas, à une échéance plus ou moins lointaine.

Et d'abord cette guérison est-elle complète ?

Nous constatons généralement, chez les malades que nous pouvons suivre, qu'elle est relative, et que les enfants qui ont échappé à la mort présentent des poussées d'entérite de fréquence et d'intensité très variables. Ils sont sujets, disent leurs parents, à des « inflammations d'intestin ».

Le tractus gastro-intestinal de l'enfant est en effet un champ ouvert à toutes les infections, la pathologie infantile en fait son lieu d'élection.

Les follicules lymphatiques du tube digestif sont chez lui en formation continue.

A la moindre infection l'intestin réagit et l'on peut dire que l'entérite est la manifestation principale de la défense de l'organisme dans toute les maladies

infectieuses de l'enfant, alors que chez l'adulte, ce sont les ganglions qui marquent les étapes de l'infection.

Dès lors, en présence d'une affection aussi grave, et aussi fréquente que l'appendicite, il est tout naturel de penser à ces entérites, si fréquentes chez l'enfant, et parfois si graves, et leur rôle doit attirer l'attention du clinicien.

Parmi nos observations plusieurs mentionnent la gastro-entérite dans les antécédents d'enfants qui furent atteints d'appendicite et opérés par M. Broca.

Il est exact, d'autre part, que l'appendicite est exceptionnelle chez le nourrisson.

On ne peut donc la considérer comme une conséquence immédiate de la gastro-entérite, mais il est permis d'attribuer à cette dernière une action prédisposante pour les troubles intestinaux à venir, et particulièrement pour les inflammations de l'appendice à qui sa situation et sa structure créent une susceptibilité spéciale.

D'ailleurs, le fait que l'appendicite clinique est très rare chez le nourrisson, ne prouve pas que l'appendice de celui-ci n'est jamais malade, ni même qu'il n'est pas douloureux, puisque chez lui les signes subjectifs se réduisent presque à néant. D'ailleurs cette notion s'applique dans certains cas à l'adulte chez qui les signes de l'appendicite peuvent être modifiés par ceux de l'entérite, et chez qui des lésions de l'appendice sont compatibles avec l'absence de signes cliniques précis.

L'expérimentation, d'ailleurs, a confirmé cette opinion, fondée d'abord sur l'observation clinique.

En 1897, Beaussenat publia une thèse très documentée sur la pathogénie de l'appendicite et l'appendicite expérimentale.

Il avait fait ingérer à des lapins des viandes putréfiées et produit ainsi chez eux une entérite artificielle. Il leur avait ensuite injecté dans l'appendice, le jéjunum, la veine marginale de l'oreille, des quantités variables de coli-bacilles et de streptocoques pyogènes. Tous présentèrent des lésions appendiculaires, à l'exception du lapin témoin.

Cette expérience, si concluante, ne démontre-t-elle pas le rôle de l'inflammation antérieure de l'appendice, du *locus minoris resistentiæ* ?

Les lésions de l'appendice peuvent être d'intensité variable, mais les surprises que nous offre parfois l'appendicite ne permettent pas au clinicien de mesurer sa gravité à ses symptômes.

Un appendice non douloureux peut être malade et même profondément altéré, et tel malade dont la crise semble bénigne et d'un pronostic favorable, peut succomber brusquement à une perforation.

Les souvenirs des meilleurs cliniciens contiennent sur ce point de rudes leçons, qui doivent nous inspirer une juste méfiance.

Toutes les entérites n'ont pas une égale influence sur le développement de l'appendicite, mais M. le professeur Reclus pense que toutes les entérites,

toutes les inflammations intestinales doivent retentir sur l'appendice.

Cet auteur a vu l'appendicite succéder à une entérite toxique due au sublimé.

Il est certain que la répétition de l'entérite doit surtout être incriminée, et que, dans les rapports entre l'appendicite et l'entérite c'est surtout l'entérite chronique qu'il faut envisager.

Nous pouvons citer un exemple de ce fait. Il s'agit d'une fillette de 15 ans environ que nous avons pu observer dans une famille amie. Cette enfant à qui fut appliquée un double appareil plâtré pour luxations congénitales des deux hanches avait eu dans sa première enfance la diarrhée verte, présentait depuis une entérite chronique, et l'état général inhérent à cette affection.

Elle fut atteinte récemment d'appendicite ; début brusque, symptômes alarmants qui déterminèrent l'intervention chirurgicale.

On dut déplâtrer l'enfant pour l'opérer, et l'on trouva dans la fosse iliaque droite une notable quantité de pus, des adhérences anciennes, qui ne permirent pas d'attirer l'appendice au dehors. On se contenta d'un drainage soigneux et le résultat fut très satisfaisant.

Il est difficile de nier le rôle joué dans ce cas par l'entérite chronique.

Cette observation confirme en outre l'opinion de beaucoup d'auteurs sur l'appendicite, faisant de

cette affection une maladie chronique à épisodes aigus.

Presque toutes les observations que nous citons à l'appui de notre thèse mentionnent, chez nos appendiculaires, des alternatives de diarrhée et de constipation.

Ceux qui ont souffert le moins de l'intestin déclarent toutefois qu'ils étaient facilement constipés, mais la plupart ont présenté des troubles intestinaux plus accentués, qui ont nécessité l'établissement d'un régime.

Ils avaient, disent-ils, peu d'appétit, et souvent des douleurs épigastriques, avec ballonnement du ventre, de la diarrhée, des vomissements. Survienne une crise, avec douleur vive à la pression, localisée au point de Mac Burney et après l'appendicectomie on constate un appendice long, de calibre inégal, renflé légèrement à son extrémité libre et très vasculaire, sur lequel l'entérite a manifestement retenti.

Le type de l'entérite chronique est l'entéro-colite muco-membraneuse, cette affection « follement fréquente » qui fut récemment le sujet de retentissants débats à l'Académie de Médecine.

L'entérite muco-membraneuse, ou mieux l'entéro-côlite muco-membraneuse, le gros intestin étant presque exclusivement atteint, se montre surtout chez les femmes, chez les neurasthéniques et les hystériques, et s'accompagne très souvent d'entéroptose.

Elle est caractérisée au point de vue clinique par

des poussées successives, des crises, épisodes aigus qui se greffent sur une évolution chronique.

Ces crises sont d'intensité très variable.

Elles sont parfois si violentes que M. le professeur Dieulafoy, dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, attirait l'attention des praticiens sur l'analogie qu'elles peuvent présenter avec une colique appendiculaire, et la confusion qui peut en résulter. Ces crises sont particulièrement intenses dans la forme sableuse décrite par MM. Dieulafoy et Mathieu.

Les garde-robes sont constituées par des matières glaireuses, muqueuses, membraneuses, parfois même purulentes et sanglantes (Comby). Ces glaires sont analogues au blanc d'œuf, les rubans membraneux peuvent simuler des lombrics.

La constipation est la règle, mais elle est entrecoupée de débâcles composées de sérosité et de scybales. Les signes fonctionnels sont la douleur dans la fosse iliaque droite, des troubles nerveux, de l'insomnie de l'agitation, un amaigrissement parfois très marqué, et plus rarement de la fièvre.

Tous ces symptômes sont très variables.

Cela tient à l'origine même de l'entéro-côlite muco-membraneuse. Ce qui est vrai pour l'appendicite l'est également pour cette affection.

Il n'y a pas une entéro-côlite muco-membraneuse, mais des entéro-côlites muco-membraneuses.

Ce mot désigne plutôt un syndrome qu'une entité morbide et la dénomination d'entéropathie muco-membraneuse tend actuellement à se substituer à

l'ancienne, depuis les travaux de Blondel, Soupault, Le Gendre, Huchard et la thèse récente de M. Trémollières.

La coexistence fréquente de l'appendicite avec l'entéro-côlite muco-membraneuse, la fréquence de celle-ci dans les antécédents des appendiculaires ont suscité l'étude des rapports qui existent entre ces deux affections.

L'appendicite fut considérée comme une complication possible de l'entéro-côlite muco-membraneuse par M. Reclus et rejetée par M. Dieulafoy.

Cette question n'est pas nouvelle, malgré l'actualité dont elle jouit.

Eu 1896 Brun, Jalaguier, Tuffier, Reclus, Lucas-Championnière citaient des cas d'appendicites précédées d'entéro-côlite muco-membraneuse.

Pour M. Robin il fallait incriminer l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie fréquente chez les arthritiques, qui prédispose à la coprostase colique et cæcale, et amène ainsi une réaction inflammatoire à laquelle participeraient le cæcum, puis l'appendice, grâce à sa structure, à ses follicules lymphatiques.

Sur 15.985 cas d'hypersthénie gastrique M. Robin aurait observé 82 fois l'appendicite.

La même année M. Waither, sur 27 appendicites signalait un passé intestinal dans 14 cas et sur ces 14 observations, 11 mentionnaient l'entéro-côlite muco-membraneuse.

En 1897, M. Reclus insistait, devant l'Académie

de médecine, sur les rapports de l'appendicite avec l'entérite, et de nouveau en 1899.

Worbe rattache à l'entéro-côlite muco-membraneuse les signes gastro-intestinaux prémonitoires de l'appendicite, la constipation et la diarrhée alternatives, le malaise, l'insomnie, l'agitation, le manque de souplesse de la paroi, qui parfois précède de loin le réveil de la crise. Il faisait presque de l'entéro-côlite muco-membraneuse un syndrome de l'appendicite.

En 1900 la question était reprise par Jalaguier, en 1903 Bernard, au Congrès de Madrid, apportait 1.100 observations d'entéro-côlite muco-membraneuse.

L'appendicite y était mentionnée chez 6 o/o des enfants et 11 o/o des adultes.

En 1906 M. Reclus exposait à l'Académie une nouvelle statistique concluant à la fréquence de l'appendicite greffée sur l'entéro-côlite muco-membraneuse.

Guinon, bientôt après publiait 28 cas d'appendicite dont 23 après entéro-côlite, les observations étant prises parmi 135 cas d'entérites.

Il établissait le rapport suivant :

L'entérite a précédé l'appendicite dans 80,25 o/o des cas, s'est compliquée d'appendicite dans 20,7 o/o des cas.

Pour Guinon il s'agirait d'une simple propagation par voisinage du processus inflammatoire de l'intestin à l'appendice. Ces données de la clinique et ces statistiques se heurtèrent pourtant à l'incrédulité d'un

certain nombre d'auteurs et furent niées par eux d'une façon absolue.

La théorie de M. Reclus était battue en brèche et d'après les opposants, les relations entre l'appendicite et l'entérite ne pouvaient être déduites de la succession ou de la coexistence fréquentes de ces deux affections.

D'après eux, l'entéro-côlite figure assez rarement dans les antécédents des appendiculaires, sa fréquence est insuffisante pour justifier l'établissement d'un rapport entre l'appendicite et cette affection.

Quand on l'observe, c'est, disent-ils, pure coïncidence, et cette constatation ne prouve rien, sinon que l'une n'exclut pas l'autre.

Or nos observations sont éloquentes sur ce point, non seulement l'entéro-côlite muco-membraneuse n'est pas rare dans les cas d'appendicites qu'elles concernent, mais elle figure dans presque toutes, avec des caractères très nets, et des épisodes aigus qui ont marqué dans les souvenirs de nos malades ou de leurs parents.

On est allé plus loin dans cette voie, on a proclamé l'antagonisme des deux affections.

D'après cette nouvelle théorie, non seulement les relations étaient nulles entre l'appendicite et l'entéro-côlite, mais cette dernière excluait la possibilité d'une crise appendiculaire.

En un mot qui aurait eu de l'entéro-côlite muco-membraneuse serait à l'abri de l'appendicite. Ici encore nos observations sont éloquentes. Un enfant

a eu, à dix-huit mois, une inflammation d'intestin, de la diarrhée verte qui a duré trois mois. Depuis cet enfant a toujours eu les intestins délicats, des douleurs abdominales fréquentes, un peu de diarrhée. A plusieurs reprises il a présenté des phénomènes intestinaux aigus, s'accompagnant de garde-robes glaireuses, contenant des membranes, des peaux, ou constituées par une petite quantité de liquide séreux, dans lequel nagent des scybales.

L'enfant est amaigri, constipé dans l'intervalle de ces crises, se plaint constamment de douleurs épigastriques. A l'âge de sept ans et demi il est pris brusquement d'appendicite, avec vomissements, fièvre, point de Mac Burney. L'opération a lieu, et l'on constate un appendice très malade, dont les lésions sont visibles à l'œil nu ; le microscope décèle un processus chronique.

Ce cas est d'observation fréquente, et confirme par suite l'opinion d'après laquelle la succession ou la coexistence des deux affections est fréquente.

Cette fréquence est incompatible avec l'hypothèse d'une coïncidence, d'un pur hasard ; il ne s'agit pas en effet d'un fait exceptionnel, d'une anomalie, mais d'un fait presque courant. L'histoire d'un appendiculaire se réduirait à néant si l'on négligeait ses antécédents intestinaux.

D'ailleurs des lésions chroniques, ayant évolué lentement, chez un sujet dont l'intestin a été le siège de réactions de nombre et d'intensité variables, impliquent l'établissement d'un rapport, d'une rela-

tion, si minime soit-elle, avec ces réactions inflammatoires. La clinique inflige un démenti à la théorie de l'antagonisme, qui refuse à l'appendicite, maladie infectieuse, localisée, l'application de l'influence de lésions antérieures, ayant amoindri la résistance de l'appendice au développement du processus infectieux.

Un certain nombre d'auteurs ont pris le contrepied de cette théorie, qui leur a paru spécieuse. D'après eux, les rapports de l'entéro-côlite avec l'appendice sont évidents.

M. Richelot a cité à l'Académie de Médecine le cas d'un médecin qui, ayant présenté les symptômes de l'entéro-côlite muco-membraneuse et une seule crise fébrile de deux jours seulement, se fit opérer d'appendicite. L'appendice fut trouvé très malade, parsemé de points sphacéliques. L'allure clinique de ce cas ne pouvait faire supposer l'imminence et la gravité du danger.

D'autre part, les cas ne sont pas rares où l'appendicectomie a amélioré l'entéro-côlite muco-membraneuse. Parfois même cette dernière affection a cessé après l'ablation de l'appendice (Reclus, Richelot, Le Dentu, Broca).

Cette guérison semble en faveur de la conception que M. Huchard et M. Tremolières ont de l'entéro-côlite membraneuse, mais elle est non moins favorable à l'opinion d'après laquelle l'appendicite serait « la localisation d'une entéro-côlite primitivement plus étendue, en un point prédisposé par sa struc-

ture aux inflammations lymphangitiques, voire aux perforations » (Broca).

Cette guérison est loin d'être une règle absolue, et d'après M. Reclus « bien des malades opérés d'appendicite ont continué à souffrir de leur entéro-côlite. » On ne peut donc déduire des cas particuliers où elle fut constatée une indication thérapeutique.

Mais il est permis d'y voir un argument en faveur des rapports entre l'appendicite et l'entérite.

Aussi pensons-nous que, si toutes les entérites peuvent retentir sur l'appendice, celles dont l'évolution est chronique, et qui atteignent presque exclusivement le gros intestin, en particulier, l'entéro-côlite muco-membraneuse, exercent une action prédisposante sur le développement de l'appendicite.

Ce fut la conclusion des médecins d'enfants à la Société médicale des Hôpitaux (Comby).

Ils démontrèrent que, au cours de l'entéro-côlite muco-membraneuse, l'appendicite aiguë est fréquente, et l'appendicite chronique est la règle.

On a pensé que cette coexistence était due aux végétations adénoïdes.

Adénoïdite, entéro-côlite et appendicite seraient les trois étapes d'une même maladie de l'appareil, lymphatique du tube digestif.

L'appendicite a été comparée aux inflammations de l'arrière-gorge. Qu'elle siège dans l'appendice, dans l'amygdale, ou les végétations adénoïdes, la lésion consiste essentiellement en une folliculite

chronique, qui varie de la simple folliculite hémorragique à la lymphangite gangréneuse.

Auvragnet en 1899, Triboulet en 1901 constatèrent la coexistence fréquente de l'entérite glaireuse avec la rhino-pharyngite chronique.

M. Delacour en 1904 décrivit le « syndrome adénoïdien » rapprochant les formes hypertrophiques et atrophiques des adénoïdites pharyngiennes des mêmes formes d'appendicites.

Cette question fut reprise tout récemment dans la thèse d'un de nos amis (1).

Plusieurs de nos observations mentionnent l'adénoïdite dans les antécédents de nos appendiculaires.

MM. Roux et Josserand, après avoir systématiquement examiné le pharynx de tous les enfants atteints d'entérocolite qu'ils avaient pu observer, ont signalé une coïncidence extrême entre cette dernière affection et l'adénoïdite.

D'après Guimon il s'agit surtout de la colite, et cette opinion confirme celle de M. J. Simon et de M^{lle} Gordon (1896) qui insistaient sur le rôle des antécédents intestinaux dans l'appendicite. L'étape intestinale peut manquer, ce qui a lieu dans les cas décrits par MM. Merklen et Faisans, sous le nom d'appendicite grippale.

M. Terrien s'est demandé si l'adénoïdien ne pré-

1. Roy. *Entéro-côlite et appendicite chez l'enfant* (Thèse de Paris, 1906).

sente pas une prédisposition particulière à l'appendicite : « des tissus de structure identique peuvent, vis-à-vis d'une même infection, présenter une réaction analogue ».

Ces observations concernent des enfants et il y a lieu de se demander s'il faut opposer l'appendicite de l'enfant à celle de l'adulte.

Si l'on s'en rapporte à l'opinion qui prévaut aujourd'hui, c'est-à-dire à la description de l'appendicite comme maladie chronique à épisodes aigus, et si l'on tient compte des antécédents intestinaux des appendiculaires, cette opposition est inutile. Il s'agit en effet d'une seule et même affection à des étapes différentes, et par suite sous des formes cliniques variables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

S... Joseph, 10 ans, entré le 16 janvier 1905, aux Enfants-Malades, salle Molland. Sorti le 9 avril 1905.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Une sœur morte de méningite à l'âge de 14 ans. Un autre enfant mort à 3 mois de méningite, trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein jusqu'à 19 mois ; premiers pas à 14 mois ; première dent à 4 mois.

Ne paraît pas avoir eu d'entérocólite. Pas de constipation, pas de vomissements, il aurait eu seulement quelques douleurs vagues intermittentes dans l'abdomen.

Le 20 janvier 1905, dans la nuit, l'enfant a été pris de douleurs dans le ventre, du côté droit, coliques assez violentes, dysurie, pas de frissons, céphalée. Le lendemain vomissements alimentaires. On laisse l'enfant au lit. Pas de purgation. Pas de nouveau vomissement. Pas de constipation. Depuis l'enfant n'a pas beaucoup souffert, mais a cependant dû rester chez lui, alité pendant une partie de la journée. Chaque jour une ou deux coliques, assez douloureuses pour faire crier l'enfant. Il mangeait peu. Une selle chaque jour.

La nuit dernière (25-26 janvier) nouvelles coliques intenses, avec sueurs, frissons. Le matin diarrhée glaireuse. On amène l'enfant à l'hôpital. Température 38°. Pouls 112. Langue blanche, mais humide. Faciès un peu abattu, mais sans prostration.

Voussure visible de la fosse iliaque droite. Pas de circulation collatérale. Pas d'œdème. Tuméfaction évidente à la palpation, occupant les trois quarts inférieurs de la fosse iliaque droite et dépassant la ligne médiane. Défense musculaire sur toute cette région. Douleur exquise au point de Mac Burney.

27 janvier. — Empâtement nettement localisé au-dessous de la ligne ombilico-iliaque. Matité.

Etat général bon, pouls régulier 100, langue légèrement saburrale. Température 33°.

Le soir 38°/4. Pouls 100.

28 janvier. — Température 37°6, la tuméfaction a diminué, douleur moins forte à la pression.

29 janvier. — L'amélioration continue. Tuméfaction du volume d'une grosse noix seulement.

27 février. — Température 39°4, rougeur diffuse aux amygdales, petits points blancs, ventre souple, douleur dans fosse iliaque droite.

28 février. — Température 38 degrés, ventre souple, indolore.

Pendant la crise les selles contiennent du mucus et des peaux.

Opération le 16 mars. — Appendice gros, court, adhérent, ouvert dans un magma caseux. Appendice presque oblitéré, piqueté hémorragique. Suites excellentes. L'enfant sort guéri le 2 avril 1905.

OBSERVATION II

Germaine J..., 10 ans. Entrée le 16 décembre 1905 aux Enfants-Malades, salle Bilgrain. Sortie le 22 février 1906.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, trois frères assez bien portants, un seul se plaint du ventre et a souvent des diarrhées par le froid.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein jusqu'à 16 mois, a marché à 14 mois ; première dent à huit mois.

Rougeole à 4 ans, scarlatine ensuite, varicelle.

Bronchite assez grave à 2 ans.

Depuis un an environ, l'enfant se plaint du ventre ; elle est prise par crises, subitement, surtout du côté droit. L'enfant avait cependant d'assez bonnes digestions.

Pas de vomissements, sinon il y a trois semaines.

L'enfant avait plutôt de la diarrhée.

Il y a quatre jours elle a été prise d'une forte crise, le soir, en se couchant. La mère a dû lui mettre un cataplasme sur le côté droit. L'enfant ne mangeait pas le matin. Un médecin consulté a conseillé de l'envoyer aux Enfants-Malades.

Etat actuel. — Défense musculaire assez nette du côté droit. Le ventre est assez sensible, mais la douleur semble bien localisée au point de Mac Burney. Faciès bon, langue rouge. Pas de température (37°5). On sent à la palpation une tuméfaction légère au niveau de l'appendice.

Opération le 21 janvier 1906. — Incision de Mac Burney.

Appendice court gros, tassé sur lui-même, rétro-cœcal. Adhéhérences glutineuses de l'épiploon. Mésos très épaissi, calcul dans l'appendice.

24 janvier 1906. — On enlève trois fils, il s'écoule un peu de pus verdâtre, lavages à l'eau oxygénée.

La petite sort guérie le 22 février.

OBSERVATION III

H... André, 12 ans, entré le 23 octobre 1906 à l'hôpital Tenon, salle Dolbeau, sorti le 12 novembre 1906.

Né à terme. Nourri au biberon jusqu'à 18 mois. A marché à 1 an.

Parents bien portants. Fils unique.

Varicelle. Coqueluche.

Au mois de janvier dernier l'enfant est pris soudain de violentes douleurs dans le ventre, accompagnées de diarrhée assez abondante et de vomissements. Il a eu en même temps des plaques rouges (?) sur le ventre, de sorte que le médecin appelé hésite entre une appendicite et une fièvre typhoïde. Il ordonne une purgation au calomel. Dans les selles, consécutives, la mère remarque des *mucosités* qu'elle compare à du blanc d'œuf. Les douleurs continuent pendant la nuit et le lendemain les vomissements cessent complètement. Peu à peu les douleurs se calment et les taches rouges disparaissent. Un mois après, seconde crise qui commence, comme la première, par des vomissements. Cette fois le malade n'est pas purgé. La crise dure deux jours.

Il y a quelques jours, le malade ressent une vive douleur, à l'école. Vertige. Pas de vomissements. L'enfant rentre de suite et se recouche. Le lendemain, état satisfaisant. L'enfant est plutôt constipé. Tous les soirs, fièvre intense et transpiration abondante répandant une odeur forte. Le côté gauche est douloureux depuis quelques jours.

Opération le 30 mars 1903. — Appendice en situation inféro-interne, long, gros, turgescant, sans adhérences.

Sort guéri le 10 mai.

Le 22 octobre, l'enfant rentre à l'hôpital. Depuis son opération il est mal portant. Vers la fin de juillet il eut une crise de douleurs abdominales très vives; il dut rester couché deux jours. Il avait déjà eu une crise analogue en juin. Ces crises s'accompagnaient de nausées, mais sans vomissements.

Mardi dernier, en rentrant de l'école, il est pris brusquement de douleurs abdominales vives, avec transpiration puis frisson violent. Céphalalgie. Vomissements abondants et pénibles. Nuit agitée. Le lendemain il eut à nouveau des vomissements bilieux et verdâtres.

Nouvelle opération le 24 octobre 1903. Adhérence de l'épiploon et du cæcum à la partie supérieure de la cicatrice.

Sort guéri le 9 novembre.

OBSERVATION IV

Edouard F... Entré le 21 mai 1904, salle Molland. Sorti le 6 juillet 1904.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère, bron-

chite chronique depuis quatre ans ; sœur de 12 ans, soignée pour adénite cervicale.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein maternel. Rougeole vers 4 ans.

Il y a quatre ans il a été soigné pour une inflammation d'intestin. Constipation. Il a paru guéri. Toujours sujet aux indigestions. Troubles digestifs durant deux jours, diarrhée. Depuis quatre ans écoulement d'oreille intermittent. Hier, il s'est plaint de douleurs, dans la fosse iliaque droite. Il a vomi depuis 10 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir, vomissements bilieux. Diète absolue. *Diarrhée.* Hier, il a vu M. Regnier pour son écoulement d'oreille. Il a conseillé d'amener l'enfant à l'hôpital, pensant à l'appendicite. Hier soir les parents ont consulté un médecin qui a ordonné du sirop de belladone. Il a cessé d'avoir des vomissements bilieux. Ce matin il a eu de la fièvre. Pas de douleurs spontanées, mais douleur à la pression. Pas de vomissements. Diarrhée verdâtre pendant une demi-journée. Température 37°2.

Etat actuel. — Etat général bon, pas de température. Puls 104. Langue un peu sèche, facies bon. Ventre un peu dur. Défense musculaire peu marquée. Empâtement diffus de la région appendiculaire. Douleur au point d'élection. Matité hépatique normale. Pas de vomissement. Un peu constipé.

Opération le 20 juin 1904. — Incision de Jalaguier. Appendice scléreux avec rétrécissement à 2 centimètres du cæcum. Pointe dilatée en massue, contenant des matières fécales. Folliculite.

Le 20 juin 1904. Etat général bon. Température 38 degrés. Ventre souple. Réunion par première intention.

Sort guéri le 6 juillet 1904.

OBSERVATION V

L... Henri, entré le 16 juin 1904 (salle Molland). Sorti le 11 septembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père douteux.

Quatre enfants. Un mort à 6 ans. Celui-ci est le second, pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein par une nourrice.

Marche à 10 mois, parle à 1 an.

Croup à quatre ans. Alternatives assez fréquentes de diarrhée et de constipation. Crises douloureuses dans le ventre.

Au mois de février, revenant d'une promenade, l'enfant est pris subitement de douleurs de tête, vomissements et douleur dans le flanc droit.

Un médecin le met à la diète lactée pendant deux jours, sans glace, puis l'enfant reprend sa vie habituelle.

Dimanche dernier, 12 juin, dans la nuit l'enfant se réveille brusquement avec douleurs dans le ventre, vomissements et diarrhée, vomissements surtout alimentaires. On croit à une indigestion.

Un médecin appelé le lendemain lundi, fait mettre de la glace. La douleur continue, s'irradiant vers le testicule. Les vomissements ont cessé. Constipation.

Etat actuel. — Bon. L'enfant est grand, vigoureux, présente seulement une coloration subictérique de la peau. La sclérotique est nettement jaune. Pas de commémoratifs hépatiques. Température 37°8.

Etat local. — Ventre relativement souple, bien que sensible dans la fosse iliaque droite.

La palpation profonde révèle un empatement diffus, assez étendu, siégeant au niveau du point de Mac Burney, mais se dirigeant vers la région lombaire. A son niveau douleur maxima et un peu de matité. La tuméfaction ne s'étend pas vers le bassin.

Diarrhée les 25 et 26 juin. On trouve *des glaires* dans les selles, le 27 et le 29.

Opération le 19 juillet 1904. — Incision de Jalaguier. Epiploon adhérent à la paroi et au devant de la région ileo-cœcale. Le côlon ileo-cœcal est adhérent. Appendice long, plongeant dans le petit bassin, entouré d'un magma caséeux, perforé à sa partie moyenne. Folliculite hémorragique. Quelques gouttes de muco-pus dans la cavité close.

Suites de l'opération normales.

Sort le 11 septembre avec une fistulette.

OBSERVATION VI

P... Hélène, 37 ans. Hôpital Tenon.

Date du début, 2 juin 1902.

Antécédents personnels. — Deux enfants, deux fausses-couches. Passé génital assez chargé, deux laparotomies (1895 et

1896, hystéropexie-salpingite suppurée) ; utérus fibromateux, l'existence de ce passé génital enlève beaucoup de précision aux commémoratifs intestinaux.

L'affection avait débuté avant 1896 par un point douloureux dans les fosses iliaques et avait été traitée par glace, opium, régime lacté.

L'an dernier, deuxième poussée, point iliaque, vomissements, alitée deux jours.

Très constipée. A diverses reprises on a constaté des *glaires et filaments blanchâtres* dans ses selles. Elle a eu le sommet droit touché il y a trois ans, et a été soignée jadis pour une cardiopathie. Il persiste un bruit sourd à la pointe et de l'œdème des jambes le soir.

Maladie actuelle. — Début le 2 juin, la malade s'alite à onze heures du matin. Douleur très vive et très localisée dans la fosse iliaque, vomissements abondants, constipation. Glace, opium, diète hydrique, les jours suivants la température s'élève graduellement.

Le 5 juin au soir, température 39°2 ; pouls excellent, vomissements simplement après ingestion des liquides qu'on lui donne, langue bonne.

Douleur plus diffuse, vague dans tout le ventre, très vive dans la fosse iliaque droite, mais s'étendant à tout le boudin cœcal, qu'on sent au palper.

Le ventre est resté souple, pas de plastron.

A partir du 6 juin on abandonna le diagnostic d'appendicite pour celui de crise aiguë d'entéro-colite et l'on purgea à deux reprises la malade. On la soumit aux irrigations intestinales quotidiennes et l'on relâcha un peu la sévérité du régime alimentaire, œufs, pâtes, légumes en purée.

Pendant dix jours, température entre 38 et 38°5. Le ventre est très sensible, surtout à droite, le long du cæcum et au niveau des annexes droites, tuméfiées. Les vomissements avaient cessé.

Le 16, les symptômes douloureux reviennent très violents. On remet la glace, opium, diète hydrique. On supprime les lavements.

Les vomissements recommencent et pendant les jours qui suivent la malade n'absorbe que de très petites quantités de liquide (eau, champagne).

La température s'élève graduellement pour atteindre 40°7, le 21, en coïncidence avec les règles de la malade.

Vomissements tenaces, douleur très vive dans tout le ventre, plus marquée à droite, sans plastron, sans abcès perceptible, pouls et langue toujours bons.

22 juin. — Température 40°2, suppression des règles.

23 juin. — Chute brusque de la température.

26 juin. — Autorisation de prendre divers aliments liquides.

1^{er} juillet. — Nouvelle poussée, fièvre, douleur diffuse, état nauséux, quelques vomissements, rétablissement du régime hydrique.

Opération le 5 juillet 1902. — Ablation d'un appendice long, moniliforme. Ouvert, il présente des lésions évidentes, sa lumière est fermée en plusieurs points. Il représente une suite de vases clos. On trouve quelques adhérences sur le cæcum et le côlon ascendant.

Suites opératoires normales. La malade a de temps à autre des poussées de température dues à des poussées congestives au sommet droit. Sort le 12 avril complètement guérie de son appendicite.

OBSERVATION VII

H... François, 4 ans 1/2, salle Molland.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, un frère a eu l'appendicite; six enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein maternel pendant quatre mois, puis au biberon; sevré à 15 mois.

Première dent à 6 mois, marche à 20 mois.

Maladies antérieures : scarlatine à 2 ans 1/2, a toujours été délicat, ne tousse pas, pas de vomissements.

Depuis deux ans a souvent des coliques.

Dans la nuit du vendredi au samedi 1^{er} avril vomissements, douleurs dans le ventre. Trois ou quatre vomissements dans la nuit, bilieux et légèrement verdâtres. Les douleurs ont continué, pas de fièvre en ce moment.

Dans la nuit de dimanche nouveaux vomissements bilieux.

Depuis le début compresse froide sur le ventre et boisson. Dimanche purgation huile de ricin que l'enfant a vomi le soir. Dès le début de la maladie selles fréquentes, verdâtres, liquides, *peaux* dans les matières. Hier pas de fièvre, lavages intestinaux.

Bon aspect général.

Ventre ballonné, douloureux, plus à droite qu'à gauche. Douleur diffuse à tout le péritoine; diarrhée abondante, trois selles.

6 avril. — Ventre ballonné plus douloureux à droite qu'à gauche, mais dépressible à gauche; sur la ligne médiane résistance à la pression, défense musculaire très nette.

Pas de fièvre, langue bonne, plus de diarrhée.

8 avril — Etat satisfaisant, ventre encore ballonné et douloureux.

12 avril. — Etat général bon. Défense musculaire généralisée avec douleur aussi forte à gauche qu'à droite. Empatement de la fosse iliaque droite, l'enfant pleure dès qu'on palpe son ventre. Aucune sensation de noyau dans l'abdomen, selles encore liquides, incontinence d'urine.

16 avril. — Etat stationnaire. Douleur diffuse à la palpation de tout l'abdomen. Selles régulières.

21 avril. — Enfant pleure à la moindre palpation.

23 avril. — Eruption de rougeole sans complication.

29 avril. — Pas de plastron, sonorité normale partout.

Opération le 16 juin. — Cæcum entouré d'adhérences. Appendice situé sous le foie, très dur, moignon blanc, 0 m. 02 sous forme d'une petite masse gonflée, séparée du cæcum par un étranglement oblitéré. Température 38° 8. Pouls 120, régulier.

17 juin, matin — Température 40° 1. Abattu, ventre souple; soir, 39° 2. Pouls 160, régulier, ample.

19 juin. — Bon état. Température 37° 8. Pouls 118, régulier. Sort guéri le 2 juillet 1906.

OBSERVATION VIII

P... Jeanne, 6 ans. Salle Bilgrain. Frère âgé de 3 ans.

A 2 ans avale un noyau de pruneau que l'on n'a pas retrouvé dans les selles. L'hiver suivant digestion moins bonne.

A 3 ans, débâcle de diarrhée jusqu'au sang, suivie de cons-

tipation et de fièvre. Mise au régime de l'entérite. La malade a eu en tout dix crises, une tous les trois ou quatre mois, crises de trois jours. La température s'élevait presque jusqu'à 40 degrés.

En avril 1903 grippe légère. En mai se produit la dixième crise. Elle dure deux jours et demi. Vomissements. L'enfant se plaint de douleurs très vives à l'ombilic. Elle est soignée comme entérite.

Traitement. — Lavages intestinaux, benzonaphtol, eau de Vals. Bains froids à 17 degrés. Quinine.

La malade est amenée au Dr Broca. Diagnostic : appendicite chronique.

Opération le 4 juin 1903. — Appendice long, présentant plusieurs retrécissements. Folliculite hémorragique. L'enfant sort guérie un mois après.

OBSERVATION IX

Raymond L... Salle Molland. Entré le 24 mars 1904. Sorti le 17 mai 1904.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, une sœur morte à 7 mois de méningite.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au biberon, à la campagne. Première dent à 5 mois 1/2. Marche à 19 mois. Difficile à élever ; rachitique dès son enfance ; scoliose bien soignée et guérie ; diarrhée verte plusieurs fois. Entérite à 4 ans, grave, selles sanglantes pendant deux jours. Croup à 5 ans. Après son entérite les troubles intestinaux avaient tout à fait disparu, les selles étaient plus régulières. Bronchite à 3 ans. Depuis un an l'enfant avait fréquemment des nausées accom-

pagnées de céphalalgie, pâleur et abattement, qui disparaissaient avec une purge d'huile de ricin. Tous les deux ou trois mois il avait une crise de douleur abdominale, accompagnée aussi de nausées et de mal de tête. Mais on n'y faisait pas trop attention et la douleur disparaissait rapidement.

Malgré tous ces phénomènes les selles ont toujours été régulières et normales. Dimanche soir à six heures il a été pris plus fortement de céphalalgie, puis de nausées et de douleur dans la fosse iliaque droite ; il n'a pas vomi, on l'a couché aussitôt, il avait 39° 6 et n'a pu se relever. L'état général était pourtant bon. Il a bien dormi. Le lundi matin on l'a purgé légèrement, plusieurs selles à midi. Il a mangé un œuf et s'est levé l'après-midi. Le mardi le médecin diagnostique une appendicite, fait supprimer toute alimentation et mettre l'enfant à la glace. La douleur spontanée a disparu, l'enfant ne se plaint pas du tout. Il a vomi hier après-midi, mais depuis n'a pas eu même de nausée.

Entré à l'hôpital le jeudi soir à 6 heures.

Etat général bon. Abdomen souple, non ballonné, résistant seulement un peu à la palpation profonde au niveau de la fosse iliaque droite.

20 avril. — Suppression de la glace.

24 avril. — Abdomen souple, plus de résistance dans la fosse iliaque. Dans la profondeur, sensation d'épaississement du cœcum, d'ailleurs non douloureux.

Opération le 28 avril 1904. Appendice long, rempli de matières fécales et de muco-pus. Folliculite hémorragique dans toute la longueur. L'enfant se plaint d'un peu de douleur dans la jambe gauche. Pas de signes physiques de phlébite. La douleur cède en trois ou quatre jours. Sort le 17 mai.

OBSERVATION X

I... Suzanne, salle Bilgrain, 9 ans 1/2. Entrée le 30 janvier, sortie le 20 mai 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père, bronchite chronique, chorée infantile, absences comitiales depuis l'âge de 21 ans.

Huit autres enfants dont quatre vivants, sujets aux bronchites. Aîné 14 ans, eut appendicite à 7 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein maternel jusqu'à l'âge de 18 mois. Première dent à 9 mois. A marché à 14 mois. Coqueluche grave à 9 mois. Pas de convulsions.

Dimanche dernier l'enfant s'est plainte de douleurs surtout marquées dans la fosse iliaque droite, et dont l'apparition fut attribuée par la mère à un coup de pied qu'un petit frère, couché avec la petite, lui avait donné en pleine nuit. Régime lacté. L'enfant continue à souffrir. Un autre médecin consulté diagnostique l'appendicite et conseille l'entrée à l'hôpital.

Prise brusquement hier d'une douleur dans le ventre. N'a pas vomi.

Etat actuel. — Facies bon. Pouls 160, irrégulier ; ventre non ballonné. A droite, au-dessus de l'arcade crurale une légère voussure, qui, à la palpation, correspond à une masse du volume d'un œuf de dinde, très douloureuse, rénitente et fluctuante. Rien au toucher rectal.

Opération le 31 janvier 1906. — On trouve du pus fétide, mal lié, verdâtre, un appendice gangrené presque complètement coupé en deux. Ablation au thermo. Drainage. Sérum 250 gr.

1^{er} février. — Pouls meilleur, 120 : à peine quelques irrégularités, pas de vomissements depuis minuit. Facies très bon. Sérum 250 grammes.

3 février. — On enlève les mèches, beaucoup de pus verdâtre, fétide. La plaie est gangrenée en certains points. Etat général relevé, pouls régulier.

9 février. — L'enfant a eu plusieurs petites coliques. Dans les selles on note la présence de membranes, une striée de sang.

10 février. — Une selle avec fausses membranes assez abondantes.

19 février. — Ballonnement du ventre, pouls 120.

20 février. — Le ventre est ballonné, la dépression épigastrique a disparu et est remplacée par une voussure. A la percussion on note un météorisme généralisé. La matité hépatique ayant presque disparu. Toucher rectal rien.

La température oscille entre 38 et 38°6.

La langue est assez sèche, peu saburrale.

Le pouls rapide bat à 150. Le facies n'est pas mauvais. La plaie se draine bien.

8 mai. — Persistance d'une fistule à la partie moyenne de la cicatrice, qui, après s'être oblitérée à plusieurs reprises, s'est rouverte il y a quelques jours.

14 mai. — Oblitération de la fistule.

20 mai. — L'enfant guéri quitte l'hôpital.

OBSERVATION XI

E..., salle Molland.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère a eu une métrite. A fait deux fausses couches de 3 mois après la naissance de ses deux eufants.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au sein maternel, sevré à 14 mois. Coqueluche à 3 ans, rougeole à 6.

L'enfant s'enrhume facilement. *Ablation d'adénoïdes* il y a deux mois.

Enfant en général constipé. Depuis deux mois l'enfant souffre très légèrement du ventre et a de la *diarrhée*. Dans la nuit du 1^{er} au 2 mai le malade ressent une douleur vive dans le ventre surtout à droite. En même temps il vomit et a de la diarrhée.

Pas de fièvre. Diète, glace, repos absolu.

Quelques vomissements verdâtres.

Pas de selles depuis le début. Actuellement douleur atténuée, langue blanche. Pouls 100, peu d'amplitude.

Etat local. — Pas de ballonnement, ventre souple. Pas de douleurs, pas d'empâtement. Gargouillement dans la fosse iliaque.

Toucher rectal. — En haut et à droite on réveille une légère douleur que l'on n'a pas de l'autre côté.

27 mai. — Température 39 degrés, pouls 110, régulier. Gargouillement dans la fosse iliaque.

28 mai. — Bon état. La température n'atteint pas 38 degrés.

17 juin. — Pas de nouvelle poussée.

La fosse iliaque est absolument souple et indolore.

Opération le 17 juin 1906. — Appendice long de 12 centimètres remontant sur la paroi antérieure du côlon auquel il adhère à la coupe, point de folliculite à la partie moyenne. A l'extrémité deux petits calculs stercoraux.

Sort guéri le 9 juillet.

OBSERVATION III

Maurice M..., 7 ans 1/2. Salle Molland. Entré le 20 octobre, sorti le 13 novembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Une petite fille bien portante, pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon, en nourrice ; marche à 16 mois.

A 18 mois inflammation d'intestin, diarrhée verte qui dure trois mois, pas de vomissements. Depuis cette époque l'enfant a toujours les intestins délicats, ayant fréquemment des douleurs abdominales et un peu de diarrhée. Ceci dure jusqu'à l'âge de 22 mois, puis l'enfant se porte mieux et jusqu'à l'âge de 6 ans environ il est assez bien portant.

Vers l'âge de 6 ans, en février 1902, l'enfant avait eu une attaque d'oreillons, la nuit, puis des douleurs abdominales sans vomissement mais avec constipation.

En décembre 1903 brusquement il est pris de vomissements

verts, la nuit, et de douleurs abdominales, à droite, il avait de la fièvre et était constipé. On lui fait sucer de la glace et on lui en applique sur le ventre.

La crise dure quatre jours.

Depuis on lui fait des lavages intestinaux.

Depuis quelques jours il a de la fièvre et des frissons le soir. Il n'a pas eu de vomissements depuis sa crise de décembre 1903. Ventre normal. Cæcum gargouillant, légère défense de la paroi. Douleur à ce niveau; le reste de l'abdomen est absolument normal, constipation actuelle.

22 octobre. — L'enfant a eu le matin un vomissement bilieux.

25 octobre. — Point de Mac Burney douloureux.

Opération le 26 octobre 1904. — Appendice situé en bas et en dedans, non adhérent, long de 18 centimètres.

Parois de l'appendice très épaissies, contenant un liquide hémorragique, sanieux.

Folliculite hémorragique sur toute l'étendue.

Suites normales, sort guéri le 13 novembre 1904.

OBSERVATION XIII

C... Edouard, 9 ans 1/2, entré le 27 avril 1904 (salle Moland), sorti le 7 juillet 1904.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Deux garçons bien portants, une fille morte de méningite.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein maternel jusqu'à 25 mois, marche à 14 mois.

Bronchite à 4 semaines, depuis toussé facilement. Rougeole il y a un an.

L'enfant est toujours un peu constipé.

Depuis très longtemps il se plaint souvent du ventre et pour un rien, une colère, une fatigue, il a des vomissements alimentaires. Ces douleurs et ces vomissements sont devenus plus fréquents, la semaine dernière il en a eu deux fois. En revenant de l'école il se plaignait de douleur dans le ventre et d'un peu de mal de tête. Il vomissait un peu. Au bout de dix minutes la douleur avait cessé et l'enfant recommençait à jouer. La constipation avait augmenté un peu. On a purgé l'enfant lundi. Il n'a pas eu de douleur jusqu'à hier mercredi.

Parti à l'école se plaignant du ventre. Revenu à 3 heures souffrant toujours. On l'a fait coucher et on lui a donné un œuf, il l'a rendu aussitôt. Hier soir il a eu une selle insignifiante avec, paraît-il, un peu de sang et des glaires, l'enfant s'est levé une vingtaine de fois pour aller aux cabinets et ne rien faire.

Ce matin il a fait quelques glaires avant de partir, mais très peu.

Admis à l'Hôpital des Enfants-Malades pour appendicite, température 38° 4, abdomen ballonné, résistant légèrement et douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite, tympanisme, facies fatigué.

28 avril 1904. — Dans la nuit le malade a eu beaucoup de diarrhée, selles liquides, fétides, rougeâtres, avec mucosités ; en plaques abondantes. Le ventre est à peine ballonné, peu douloureux dans la fosse iliaque droite qui se laisse déprimer facilement et gargouille.

29 avril. — Diarrhée encore, ventre parfaitement souple. Foie

débordant les fausses côtes de deux doigts, et douloureux. Mucus toujours dans les selles.

30. — La diarrhée est calmée, on sent nettement à la palpation l'appendice, non douloureux.

2 mai. — Le ventre est toujours souple, un peu d'empâtement dans la région appendiculaire. Le foie qui n'est pas douloureux ne dépasse pas les fausses côtes et est même un peu diminué. Les selles sont toujours sanglantes, mais moins.

8 mai. — Il n'y a plus de sang dans les selles, l'empâtement a presque disparu.

Opération le 27 mai. — Appendice court, adhérent, rouge, dirigé en bas et en dedans.

1^{er} juin. — Une selle d'entérocolite typique succédant à une purgation à l'huile de ricin. Un peu de sang. Les jours suivants ces selles ne se reproduisent plus.

2 juin. — Plaie en bon état, l'enfant sort guéri le 7 juillet 1904.

OBSERVATION XIV

B... Maurice, 4 ans, salle Archambault (Enfants-Malades), entre le 30 septembre ; sort le 21 octobre 1905.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant ; deux autres enfants, morts, l'un de méningite, l'autre de pneumonie.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein ; première dent à 9 mois ; premiers pas à 24 mois.

Hernie ombilicale dont on s'est aperçu quelques jours après la naissance. L'enfant a porté un bandage qui a amené la

réduction définitive de la hernie. Bronchite à 1 mois, qui a duré trois semaines environ. A l'âge de 3 ans on a noté une gastralgie très accusée avec vomissements, crise d'entérite succédant à une constipation opiniâtre qui était très fréquente.

Depuis, varicelle à 3 ans.

Depuis la première atteinte de gastroentérite l'enfant a suivi un régime ordonné par un médecin, consistant en purée, légumes très cuits, peu de viande.

La première crise d'appendicite remonte à septembre 1904. L'enfant fut pris d'une douleur peu intense au début et généralisée à tout l'abdomen, avec nausées, pas de vomissements ni de constipation. La douleur augmentait progressivement à mesure qu'elle se localisait dans la fosse iliaque droite. Un seul vomissement verdâtre avec matières alimentaires.

On applique de la glace, la douleur rétrocede, le ballonnement diminue, mais toujours constipation.

Deuxième crise en décembre succédant à un bon état des fonctions digestives. Les symptômes furent les mêmes que lors de la première crise. Elle dura dix jours, application de glace. L'enfant se lève au onzième jour de la crise et est aussitôt repris d'une nouvelle crise qui motive son entrée à l'hôpital le 30 décembre 1904 dans le service de M. Kirmisson. Repos, lait, glace.

L'enfant reste deux mois dans ce service et sort sans être opéré, M. Kirmisson l'ayant trouvé trop jeune et trop faible.

Quinze jours après sa sortie de l'hôpital, bien que l'enfant n'ait pas cessé le régime lacté, il fut repris d'une nouvelle crise un peu atténuée par comparaison aux premières.

Rentré le 1^{er} avril dans le service de M. Broca, application de glace pendant quinze jours. Enfant très affaibli, défense

musculaire très marquée, ventre ballonné. Douleur dans la fosse iliaque droite un peu en dehors du point de Mac Burney. Le toucher rectal ne révèle pas d'abcès.

Des nausées, mais pas de vomissements.

Le teint est un peu terreux, la langue sèche. Constipation opiniâtre.

Régime lacté exclusif.

Trois semaines après son entrée dans le service, l'enfant est pris de rougeole.

A la suite de sa rougeole l'enfant a fait une pneumonie et une otite moyenne avec perforation du tympan. L'enfant est repris par sa mère qui l'a gardé quatre mois.

Pendant ce temps l'enfant a été bien, et n'a pas eu de nouvelles crises appendiculaires.

Bon état général.

L'enfant rentre de nouveau dans le service le 30 septembre. A ce moment le ventre est souple, pas de douleurs, de vomissements ni de constipation.

Opération le 3 octobre par M. Broca.

Résection de l'appendice.

4 octobre. — La température monte à 39 degrés, le 5 elle tombe à 38 degrés le matin, mais 39 degrés le soir.

On enlève les agrafes, elle redescend le 6 à 37 degrés le soir.

La plaie ne suppure pas au niveau des agrafes, il y a un peu de pus.

Pansement sec, température normale.

On enlève les fils le 13 octobre, un peu de suppuration superficielle.

Pansement sec, la température se maintient à 37 degrés pendant huit jours, remonte ensuite vers 38 degrés.

Le malade sort le 22 complètement guéri.

OBSERVATION XV

Fillette ayant commencé à souffrir au mois de novembre 1905.

Malaise général, maux de tête.

Constipation opiniâtre.

Le 10 décembre 1905, se met au lit. Un médecin appelé constate un encombrement intestinal, de la douleur à la pression du côté de l'appendice.

Le calomel et les lavements ont eu raison de l'infection intestinale.

On constate dans les selles la signature de l'entérite muco-membraneuse.

Du 14 au 20 décembre, avec des écarts très grands d'une heure à l'autre, la température est montée tous les soirs à 39°9, 39°6, 39°5.

Du 20 au 30. Température, 37 degrés le matin, 38 degrés le soir.

Du 1^{er} janvier 1906 au 10, la fièvre va en décroissant, le 10 la malade a pu se lever et prendre un peu de nourriture légère.

5 février. — Les malaises ont repris, température 38°6 avec engorgement du côté de l'appendice et encombrement intestinal. Selles remplies de peaux, et notamment une peau d'une longueur de 0 m. 20 environ qui fut conservée.

Un chirurgien prescrivit la glace sur le ventre et la diète pendant trois jours.

Au doigt on sentait comme une contraction du côté de l'appendice.

Le docteur ayant ordonné un changement d'air, les parents l'enmenèrent à T... où la malade semblait aller mieux grâce à un régime végétarien très sévère. Elle sentait que la moindre infraction à son régime lui donnerait de la température. La constipation était opiniâtre, elle n'allait jamais à la selle sans lavements ou pastilles laxatives. Fatiguée de ce régime, la malade réclama l'avis de plusieurs médecins qui diagnostiquèrent un cas d'appendicite chronique avec entérite muco-membraneuse et prétendirent que l'opération de l'appendicite pourrait débarrasser la malade de toutes ses misères à la fois.

L'opération fut faite par M. Broca le 8 mai à la clinique de la rue Monsieur, 15, et à partir de ce jour la fièvre disparut complètement. La température qui était montée la veille de l'opération à 37°6 est actuellement stationnaire à 36°5 et la jeune fille mange de tout, n'est plus constipée, et ne souffre jamais.

OBSERVATION XVI

Gustave C..., 8 ans 1/2. Salle Denonvilliers. Entré le 2 août 1897.

Début brusque il y a trois jours. La veille au soir il avait reçu d'un camarade un coup de pied dans les bourses ; le samedi matin l'enfant accuse une vive douleur dans le ventre, douleur qu'il localise au-dessus de l'aîne droite ; en même temps ballonnement du bas-ventre.

Depuis l'enfant souffre constamment.

Samedi et dimanche l'enfant n'a pris qu'un peu de bouillon et un peu de lait. Il a vomi samedi soir et dimanche à plusieurs reprises des matières liquides verdâtres et jaunâtres. L'enfant n'était pas constipé avant samedi ; dimanche plusieurs selles liquides. Hier et avant-hier urines très diminuées et beaucoup plus colorées.

Actuellement l'enfant est un peu pâle et abattu ; ventre légèrement gonflé au-dessus de l'ombilic. La pression provoque de la douleur au-dessus de l'aîne droite et aussi au niveau de la ligne médiane et à gauche. L'enfant continue à souffrir spontanément par crises douloureuses.

Pouls assez petit, un peu fréquent, langue sale, enduit saburral épais, 38°5 à son entrée.

Antécédents personnels. — Rougeole, bronchite fréquente, tousse actuellement.

L'enfant a eu, il y a deux ans, des troubles intestinaux : coliques violentes, selles glaireuses.

Régime lacté pendant six semaines.

Depuis quelques semaines l'enfant avait de la diarrhée, la mère n'a pas examiné les selles. Le père étant sans travail depuis quelque temps l'enfant a été mal nourri.

Antécédents héréditaires. — Père bacillaire.

Mère pas forte. Presque toujours constipée et « sujette à des inflammations d'intestin ».

Un autre enfant vivant, 9 ans 1/2, très constipé aussi.

Etat actuel. — Amélioration progressive de l'état local et de l'état général depuis son entrée.

7 août. — Gargouillement dans la fosse iliaque droite, une masse dure de la grosseur d'une petite noix.

8 septembre. — L'enfant quitte l'hôpital.

Opéré un mois après.

Revu depuis 20 décembre 1897.

Va très bien à la selle.

Pas de douleurs.

Pas de tendance à l'éventration, malgré paroi faible. Etat général bon.

Sorti du service le 9 septembre.

Rentré chez lui il a un peu souffert du ventre. Lundi dernier il a été pris d'une douleur assez intense qui l'a obligé à se coucher. Depuis lors le malade a la diarrhée. Il a la langue très sale. A la palpation léger empâtement dans la fosse iliaque droite.

Opération le 27 septembre 1897. — Incision iliaque. L'appendice remonte en dehors et en arrière du cæcum, passant derrière la dernière anse de l'intestin grêle. Son extrémité descend dans le petit bassin et de là se termine dans une poche contenant un peu de pus inodore.

Résection de l'appendice. Gaze iodoformée plongeant dans le petit bassin, passant sous l'angle iléo-cæcal. Les anses intestinales sont rouges et présentent quelques adhérences filamenteuses. Suture partielle de la paroi.

Sorti guéri le 30 octobre 1897.

OBSERVATION XVII

Robert R..., 7 ans 1/2, salle Legendre.

Entré le 28 février, sorti le 18 juin 1899.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère atteinte de salpingite après ses couches.

Une sœur de 13 ans 1/2 bien portante.

Antécédents personnels. — A 6 mois a été atteint de troubles intestinaux avec diarrhée intense. Ces troubles ont duré un mois. A 15 mois nouveaux troubles intestinaux avec diarrhée et vomissements.

A été mis pendant deux mois au bouillon et au lait.

A eu depuis la rougeole et la varicelle.

L'enfant a peu d'appétit et souvent des douleurs épigastriques avec ballonnement du ventre.

Il y a une quinzaine de jours l'enfant souffrait davantage de l'estomac. Il est pris de diarrhée et de vomissements. L'enfant ne se plaint pas du côté droit.

L'enfant est soigné avec des cataplasmes, on ne lui donne que du lait, des légumes verts et de l'eau de Vichy.

Etat actuel. — Pas de douleur spontanée. La pression est douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite où l'on sent un empâtement assez nettement limité donnant la sensation d'une petite masse allongée verticalement.

Opération le 14 mars. — Incision de Jalaguier. Pas de pus dans le péritoine. L'appendice est attiré au dehors ; il est très long et présente une vascularisation anormale. Résection. Catgut en surget, trois plans.

Fils enlevés le 20 mars, réunion par première intention.

2 avril. — Le malade se plaignant, on défait le pansement et on trouve une escarre large de 2 centimètres le long de la cicatrice, un peu de rougeur lymphangitique. Pas d'empâtement profond ni de douleur à la pression.

16 juin. — Cicatrisation complète.

Alors l'enfant commence à se plaindre du côté droit. Vomissements. Le lendemain oxyures dans les selles. Les vomissements sont alimentaires et bilieux. Hier quatre selles diarrhéiques renfermant des oxyures.

OBSERVATION XVIII

P... Léopold, 13 ans 1/2. Entré le 1^{er} novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Quatre enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. — Jamais malade.

Un matin, six jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a été pris, au moment d'aller à l'école, de coliques très douloureuses.

Plusieurs selles dans la matinée.

Il avait pris de bon appétit son petit déjeuner, qu'il n'a pas rendu.

L'après-midi il reste couché, les coliques persistent.

Le soir il mange un peu et vomit peu après.

Un peu de fièvre, mauvaise nuit.

Le deuxième jour les coliques persistent. Le soir l'enfant essaye de s'alimenter, nouveaux vomissements.

Le troisième jour, douleur dans la fosse iliaque droite augmentant progressivement, maxima dans la soirée. Le lendemain elle persiste, un peu diminuée. Pas de selles depuis.

Le 1^{er} novembre, diarrhée, vomissements, température 37°8, ventre très douloureux, légèrement ballonné, tuméfaction sensible à droite.

2 novembre. — Température $39^{\circ}4$ le soir.

3 novembre. — Température $39^{\circ}2$ le matin, pouls 108 :
température $39^{\circ}4$ le soir, pouls 116.

Opération le 4 novembre. — Température $39^{\circ}2$, pouls 104.
Péritoine un peu décollé. Du pus s'écoule épais et fétide.

Deux drains en canons de fusils sont introduits."

8 novembre. — Premier pansement. Pus abondant et épais.

13 novembre. — Deuxième pansement, la plaie bour-
geonne.

5 décembre. — Suppression des drains. Un seul est réintro-
duit à la partie supérieure.

22 décembre. — Un petit trajet persiste, on y laisse une
petite mèche.

14 janvier 1899. — Guérison complète.

Constipation persiste, ne va à la selle sans lavement que
depuis deux jours.

OBSERVATION XIX

W... Georges, 6 ans. Salle Denonvilliers, hôpital Trou-
seau.

Entré le 6 novembre, sorti le 9 décembre 1897.

Début brusque le 3 novembre 1897.

Antécédents personnels. — Nourri au sein jusqu'à 8 mois,
au lait ensuite jusqu'à 2 ans.

Selles quotidiennes régulières.

Rougeole à 3 ans, puis varicelle.

Il y a six mois *entérite aiguë glaireuse*. Reçut, il y a trois ou

quatre mois un coup de pied dans l'aîne droite, dont il souffrit pendant quelques jours, rétablissement complet. Depuis quelques mois malaises et maux de tête fréquents, mais *rien du côté du tube digestif*.

Il y a quinze jours épistaxis légère.

Maladie actuelle. — Début brusque le 3 novembre, l'enfant avait été à l'école, il dîne bien le soir, se couche et vers 10 heures est pris de vomissements et de *douleurs vives dans le ventre*.

Selles glaireuses dans la nuit.

Depuis trois jours *vomissements* quotidiens alimentaires, glaireux, non fécaloïdes.

Pas de selles. Douleurs abdominales vives surtout à droite, soif intense, affaiblissement, fièvre, insomnie.

Cette nuit lavement médicamenteux amenant une selle pâteuse avec quelques glaires. Ce matin, crise douloureuse, aiguë, l'enfant a peut-être eu une syncope.

Etat actuel. — 6 novembre matin. Température 40 degrés. Pouls petit, régulier, 140.

Langue saburrale humide.

Facies péritonéal, d'un degré moyen.

Soif vive. Pas de hoquet.

Les extrémités ne sont pas refroidies.

Abdomen ballonné légèrement, muscles résistant à la palpation. *Sonorité* partout, un peu diminuée dans la fosse iliaque droite. Douleur spontanée en ce point ; provoquée très vive, existant aussi au niveau de l'ombilic. Empatement fosse iliaque droite.

Opération le 6 novembre. — Deux heures après l'arrivée, incision oblique dans la fosse iliaque droite.

Les muscles et le tissu cellulaire ne saignent pas d'une façon anormale.

Le péritoine est ponctionné prudemment, un flot de pus s'écoule, verdâtre, fétide, bien lié.

Agrandissement de la boutonnière péritonéale, les anses intestinales nagent dans le pus, congestionnées, recouvertes d'un péritoine dépoli présentant par places des fausses membranes.

Le péritoine pariétal présente les mêmes caractères. Ni exploration, ni lavage, on place un drain de 10 centimètres de long dans la partie inférieure de la plaie, il descend dans le Douglas et se remplit aussitôt de pus.

Un autre drain est enfoncé à la partie supérieure de la plaie vers l'ombilic, mais il ne sort pas de pus. Pansement iodoformé.

7 novembre. — L'enfant a vomi la nuit et toute la journée. La température est tombée.

8 novembre. — Les vomissements se sont arrêtés, l'enfant a assez bon aspect, il n'a pris que du champagne et de la limonade.

Pas de selles.

Pouls : 96, régulier, assez plein.

9 novembre. — Le soir, 38 degrés.

Premier pansement, un peu de pus retenu derrière le drain inférieur qui est changé. Selle unique, abondante.

16 novembre. — Deuxième pansement, 37°6. Un peu de pus dans le premier drain seulement.

18 novembre. — Potages, lait, œufs, purée, ni viande ni pain ; selles tous les jours depuis le 12.

20 novembre. — OEdème du scrotum, bouffissure du

visage et des membres inférieurs. Analyse des urines : pas d'albumine, régime lacté exclusif.

9 décembre. — Sorti de l'hôpital, plaie granuleuse d'un bout à l'autre.

Guéri le 1^{er} janvier 1898.

OBSERVATION XX

Louis R..., 9 ans 1/2. Entré le 4 juin 1867 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers.

Antécédents héréditaires. — Parents assez bien portants ; la mère tousse facilement, a craché le sang au moment du sevrage de son enfant. Père et mère d'un naturel constipé.

Antécédents personnels. — Né à terme, vigoureux, élevé au sein par sa mère jusqu'à 9 mois. Sevrage nécessité par les hémoptysies de la mère.

Hernie inguinale droite qui a disparu par l'application d'un bandage jusqu'à 7 ans.

Toujours en bonne santé, mais facilement constipé.

Selles assurées par aliments rafraîchissants.

Début. — Il y a deux ans, au mois de mai 1895, disent les parents, il aurait mangé des queues d'asperges, restes d'un repas : huit jours après nausées, vomitif, puis purgatif, évacuation des queues d'asperges. En même temps évacuation d'une notable quantité de sang.

Pas de douleurs abdominales.

Un médecin appelé lui fit prendre du naphthol. puis du ben-

zonaphtol pendant un mois. On n'avait rien remarqué d'anormal dans les selles qui étaient régulières.

L'année suivante, au mois de mai 1896, après un purgatif, il rendit avec ses matières fécales une grande quantité de *membranes* dont quelques-unes atteignaient 40 centimètres sur 1 centimètre de largeur. Il ne se plaignait pas du ventre, mais pâlisait souvent.

Le médecin le trouva pâli, agité, un peu févreux, quoique mangeant toujours bien et allant tous les jours régulièrement à la garde-robe, sans diarrhée.

La partie située au-dessus de la fosse iliaque droite dont le malade ne se plaignait pas spontanément, était douloureuse à la pression, et la palpation faisait sentir une tuméfaction de 5 à 6 centimètres de longueur environ. On prescrivit un grand lavement par jour avec le bock, de 1 litre 1/2 environ, additionné de deux grammes de borax, naphthol et benzonaphtol.

En juillet 1896 l'enfant semblait guéri, on ne trouvait plus les membranes dans les garde-robes. Il allait régulièrement à la selle, et, par précaution, prenait tous les huit jours un laxatif léger.

Du mois d'août au mois d'octobre on a trouvé dans les selles des graviers de plus en plus fins.

Le 13 novembre 1896, à 4 heures du soir, l'enfant reçoit d'un de ses camarades plusieurs coups de pied, deux dans le dos, un sur la hanche, un un peu au-dessus de la fosse iliaque droite.

A 7 heures du soir il est pris d'un malaise général, ne mange pas ; le médecin trouve un état fébrile, mais l'intestin en bon état.

Le lendemain il éprouve des nausées.

15 novembre. — On lui administre une purgation qui lui fait évacuer une quantité énorme de membranes et plusieurs caillots de sang. Dès ce moment il éprouve de la douleur dans le côté droit, il a des nausées, mais ne vomit pas : du reste il n'a jamais vomi dans le cours de sa maladie. De plus il a de la fièvre. On le met au lait et au bouillon, on lui donne du naphthol pour la bouche, et des lavements au borax. Il va ainsi pendant six jours, son état s'aggravant peu à peu.

20 novembre. — On lui applique un vésicatoire (10 sur 10) sur le côté droit.

22 novembre. — La fosse iliaque droite présente une grosse tuméfaction de 10 centimètres environ, eau de Sedlitz.

23 novembre. — Une péritonite se déclare. Le ventre tout entier est ballonné, extrêmement sensible. La fièvre monte jusqu'à 42 degrés, sans rémission, le facies est grippé. On applique constamment sur le ventre des cataplasmes. On fait prendre au malade un nouveau purgatif qui amène une garde-robe.

Dès lors il suit le traitement suivant : pour le rafraîchir un peu d'eau et de café ; il prend des granules de strychnine, de codéine et de digitaline, cataplasme avec onguent mercuriel, soir et matin.

L'état s'améliore.

27 novembre. — La péritonite est nettement localisée à droite, la température tombe. Le ventre est encore gonflé mais souple, sauf dans la fosse iliaque droite, qui est le siège d'une grosse tuméfaction douloureuse à la palpation ; cependant le malade ne se plaint pas et semble ne pas souffrir spontanément.

Dès lors il va de mieux en mieux, recommence à prendre

du lait et du bouillon, puis, quelques jours après, des œufs.
15 décembre. — On le lève.

1^{er} janvier. — Il fait ses premiers pas. Au milieu de janvier le ventre est devenu tout à fait souple ; cependant on ne laisse l'enfant debout que quatre heures par jour jusqu'au milieu de mars.

On le nourrit de bifteacks et de côtelettes, et de pain sans croûte. Mais il est toujours constipé. Tous les jours il prend un laxatif : dans les garde-robes on trouve des membranes de temps en temps. Il se passe dix jours sans qu'il y en ait, puis on en voit pendant deux ou trois jours de suite et toujours de même ; ce sont ou bien des filaments ou des membranes plus épaisses.

On évite de le faire marcher beaucoup, il ne se plaint jamais, mais on voit qu'il a de la difficulté à se baisser.

Une petite crise survenue il y a un mois, constituée par un peu de fièvre et d'empâtement de la région, fait décider l'opération. La fièvre n'a duré que huit jours, mais la palpation du côté droit reste douloureuse.

Etat actuel. — A la palpation on sent dans la fosse iliaque droite, qui n'est nullement empâtée, un cordon dur, un peu plus gros qu'un porte-plume, descendant parallèlement à l'arcade de Fallope. La palpation profonde en cette région est douloureuse, mais pas de douleur spontanée.

Opération le 8 juin. — L'extrémité de l'appendice est libre, mais rouge, on y sent des matières fécales ; l'appendice est recourbé derrière le cæcum et un peu adhérent. L'épiploon descend jusqu'au devant du cæcum auquel il est fixé par quelques adhérences filamenteuses, mais il n'est pas induré.

Résection de l'appendice, suture du péritoine à la soie, des muscles au catgut, puis de la peau.

Suites opératoires apyrétiques.

Sort guéri le 1^{er} juillet.

OBSERVATION XXI

Salle Ambroise Paré, hôpital Trousseau.

D... Eugénie, 8 ans, entrée le 1^{er} mai, sortie le 23 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Le père a contracté les fièvres au Tonkin.

Mère bien portante.

Deux autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Venue à terme.

Elevée au biberon.

Sevrée à un an.

A 18 mois, a une *entérite (diarrhée verte)* qui paraît avoir duré très longtemps. L'enfant a gardé une constipation opiniâtre. Rougeole à 3 ans.

Début. — Il y a dix-huit mois, douleur au point Mac Burney, vomissements, sueurs froides, alitée huit jours.

Il y a cinq mois, nouvelle crise (vomissements et diarrhée abondante pendant la crise, alitée huit jours).

Il y a huit jours, nouvelle crise beaucoup moins forte, alitée trois jours.

Dans l'intervalle des crises l'enfant digère mal, a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Etat actuel. — Ventre très souple, douleur à la pression. On

sent, à la pression profonde, dans la fosse iliaque droite, rouler sous le doigt un gros boudin (*cæcum* probablement) ; l'appendice n'est pas senti. Un peu d'empâtement et submatité.

Opération, 3 mai 1901. — Appendice en position interne et un peu inférieure, un peu de rougeur, appendice long de 14 centimètres.

11 mai. — On enlève les fils. De prime abord la plaie est bien reprise, sans rougeur, mais après une légère palpation la plaie dans sa partie supérieure, s'entr'ouvre et laisse échapper une petite quantité de pus sanguinolent. Drain, pansement.

13 mai. — On remplace le drain par une mèche.

21 mai. — Plaie complètement cicatrisée. Pansement à l'iodoforme.

Sort guérie le 23 mai 1901.

OBSERVATION XXII

Georgette P..., 13 ans, entrée à Saint-Giraldès le 4 septembre 1895, sortie le 2 octobre.

Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis un an, alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée avec coliques.

Depuis six mois un peu pâlotte, sans appétit et toujours fatiguée.

Envoyée à la campagne, elle allait beaucoup mieux, quand le 30 août, en se réveillant, elle fut prise de douleurs abdominales, avec vomissements qui persistaient encore le lendemain.

Puis la douleur se localise dans le côté droit avec irradiation

dans la cuisse correspondante et il survient de la diarrhée abondante avec ballonnement du ventre.

A l'entrée on trouve un empâtement douloureux assez bien limité dans la fosse iliaque droite.

Incision iliaque classique et évacuation d'une collection, l'appendice n'a pas été vu. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pansement. Examen du pus : coli-bacilles et streptocoques. Suite simple. Cicatrisation complète le 22 octobre.

OBSERVATION XXIII

Ferdinand F..., 11 ans. Maison de santé.

Antécédents personnels. — Pas de constipation habituelle. Deux fois, il y a cinq ou six ans indigestions, vomissements, diarrhée, durée de deux à trois jours. Calomel. Guérison. Urticaire chronique depuis l'âge de 4 ans.

Dimanche 21 juin, journée passée à la campagne. Repas copieux, homard, fraises.

22 juin. — Malaise en revenant du lycée, l'enfant vomit, mais déjeûne.

23 juin. — Purgation au calomel donnée par la mère. Fièvre.

24 juin. — Signes d'entérite glaireuse, selles caractéristiques avec *crachats intestinaux*, quelques douleurs abdominales le long du côlon.

Lavage de l'intestin, lait crémé.

29 juin. — Calomel 0 gr. 15. Continuation des signes d'entérite. Les lavages sont mal supportés par l'enfant. Le liquide

pénètre mal, par saccades. Amélioration de la température, qui reste néanmoins de 38 degrés.

30 juin. — Poussée à 39 degrés sans raison bien nette.

1^{er} juillet. — L'après-midi premier vomissement survenu après la prise d'une potion à l'acide lactique. A partir de ce moment vomissements dont un ou deux contiennent des matières brunâtres ou noires (l'enfant a mouché un peu de sang). Ascension thermique, sans douleurs abdominales.

2 juillet. — Vomissements l'après-midi, lait crémé. Eau d'Evian. Deux bains tièdes qui amènent chacun un abaissement notable de la température et une amélioration de l'état général.

3 juillet. — L'enfant se plaint de souffrir du ventre avec persistance dans la matinée. La douleur semble siéger du côté droit au voisinage de l'ombilic. Eau sucrée. Nouveaux vomissements, mais pas de saignement de nez. Agitation continuelle. Pouls 120. Consultation, suppression de boissons, glace sur le ventre, morphine 1/4 centigramme.

4 juillet. — Nuit calme, facies tiré, pas de vomissements. Pas de constipation, gaz rendus dans la nuit. Consultation des D^{rs} Broca et Fournier, ventre un peu ballonné, submatité à gauche de l'ombilic ; un peu de douleur à la pression, langue blanche humide. Glace sur le ventre. Boissons froides 4 litres en vingt-quatre heures.

5 juillet. — Etat stationnaire, nuit calme avec morphine. Pas de vomissements, injection de 200 centimètres cubes de sérum artificiel sous la peau.

Jusqu'au 10 même état, même médication. Amélioration de la température, pas de douleurs ; urines assez abondantes, malgré le peu de boissons ingérées. Jamais d'albumine.

10 juillet. — Disparition des symptômes abdominaux. Ven-

tre souple, on décide de supprimer la glace et de commencer l'alimentation.

11 juillet. — Une tasse à thé de bouillon ; dans la journée agitation. Le soir un vomissement noirâtre. Une selle avec un lavement.

12 juillet. — Huile de ricin, deux cuillerées à café, vomissement peu de temps après. Néanmoins une selle diarrhéique. Dans la journée pas d'alimentation. Eau sucrée.

13 juillet. — Bouillie avec de la crème de riz à l'eau et un peu de beurre, prise le matin.

14 juillet. — Même état, langue toujours sale, pas d'appétit. Le soir deux vomissements à 6 et 7 heures au moment où on change l'enfant de lit, selle avec lavement.

15 juillet. — Bouillie encore et tisane de céréales. L'enfant vomit la première tasse presque aussitôt après l'avoir bue. Selles formées, sans mucus, avec lavement.

16 juillet. — La tisane de céréales est bien supportée, deux tasses. Purée de pommes de terre le matin, bouillie à la crème de riz, le soir pas de vomissement. Lavement avec selle peu abondante.

17 juillet. — Purgation ; l'enfant vomit une première dose, on lui en donne une deuxième qu'il garde, mais une heure et quart après deux vomissements bilieux et glaireux. Le soir purée de pommes de terre. Pouls : 108. Température : 37° 9. Lavement, selle abondante, un peu de météorisme.

18 juillet. — Bon état, langue toujours blanche. Pouls 96. Purée de pois prise avec appétit le matin et le soir. Bonne selle avec lavement.

Opération le 20 juillet. — Incision droite. Appendice au pro-

montoire, gros, contenant des calculs stercoraux, à gauche mésocôlon iléo-rectal. Deux gros drains.

Sorti le 20 août guéri.

OBSERVATION XXIV

P... Henri, 10 ans 1/2, salle Denonvilliers (Trousseau).

Entré le 21 janvier 1897, sorti le 27 mars 1897.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant, le père de son père serait mort d'un cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon en nourrice, a marché à 14 mois. Variole à 18 mois. A 3 mois inflammation des intestins qui a disparu au bout de quelques jours.

A 2 ans, pris de vomissements alimentaires le matin. Ces vomissements sont accompagnés de violents efforts et reviennent toutes les deux ou trois semaines, le ventre n'est pas douloureux ; ni diarrhée, ni constipation. Appétit presque nul.

Un médecin diagnostique un embarras gastrique qui, soigné, disparaît au bout de huit jours. Quelques semaines après, les troubles digestifs reparaissent, durent deux ou trois jours et disparaissent après une purgation.

Constipation opiniâtre.

Il y a deux mois l'enfant est pris d'une diarrhée assez abondante et très fétide qui dure deux jours. Bientôt après constipation pendant quatre jours. Puis de nouveau diarrhée avec douleurs abdominales très vives. Ces douleurs s'accroissent dans tout l'abdomen et n'augmentent pas à la pression.

Facies altéré, un peu de fièvre.

Le médecin appelé diagnostique une typhlite, met l'enfant au régime lacté et à l'eau de Vichy, ordonne huile de ricin et lavements glycerinés. Au bout de vingt-quatre heures les douleurs disparaissent et au bout de huit jours le petit H. P.... se lève ne souffrant plus.

La semaine dernière la diarrhée apparut avec des douleurs pendant la défécation. Cette diarrhée dure vingt quatre heures et fait place à la constipation jusqu'au 19 janvier 1897. Douleurs abdominales augmentant progressivement. Le malade est remis au régime lacté et purgé avec 30 grammes d'huile de ricin.

20 janvier. — A une heure l'enfant a des renvois acides, et des douleurs très vives dans le côté droit. A 3 heures on pose quatre sangsues sur la fosse iliaque droite ; bientôt apparaissent les vomissements alimentaires.

Le médecin ordonne à 7 heures du champagne et de la glace, des cataplasmes de farine de lin sur le ventre.

L'enfant assoupi, se réveille tous les quarts d'heure avec des crises de douleurs abdominales.

Vers 11 heures les vomissements se succèdent de 20 minutes en 20 minutes, et durent jusqu'à six heures du soir, ils sont verdâtres, épais, fétides.

L'état général est mauvais, le médecin vient à 7 heures, donne un lavement laudanisé et l'enfant entre à l'hôpital.

Le 21 janvier. — Très abattu, yeux excavés, nez effilé. Ventre non ballonné, très sensible à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Langue blanche sèche, soif vive, température 38°2. Pouls fréquent, régulier, 160. Champagne, glace sur le ventre ; au toucher rectal : masse douloureuse étendue dans le cul-de-sac postérieur.

Masse de forme globuleuse, immobilisable et adhérente dans tous les sens.

Pilules d'opium, cataplasmes, glace, champagne.

26 janvier. — Sommeil interrompu par deux selles, état général un peu meilleur.

27 janvier. — Nuit très calme, une seule selle.

Facies bon, pouls régulier.

28 janvier. — Amélioration continue.

29 janvier. — Facies reposé, langue assez bonne, pouls : 96.

6 février. — Phénomènes douloureux amendés, état général amélioré.

Par le toucher rectal tumeur mollassse adhérente dans le cul-de-sac postérieur, se prolongeant sur le côté droit ; vers le détroit supérieur, peu douloureuse.

Opération le 21 février. — Incision iliaque, anses grêles rouges, adhérences glutineuses, dans le bassin existe un foyer granuleux, à pus épais et peu odorant. Appendice appliqué le long du cæcum.

Drain avec mèche iodoformée.

L'enfant quitte l'hôpital le 27 mars 1897. Le malade ne souffre plus, bien que les selles ne soient pas encore quotidiennes.

OBSERVATION XXV

Marcelle P..., 11 ans, salle Belgrain. Entrée le 2 mai 1904, sortie le 16 juin 1904.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Un frère a eu une crise d'appendicite qui n'a pas été opérée et ne souffrait plus quand le 6 mai il eut une nouvelle crise.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein. Rougeole à 5 ans. Depuis environ deux ans l'enfant se plaint du ventre. Constipation habituelle.

Elle souffre du ventre par intervalles. A des vomissements.

L'enfant dit que le médecin, en examinant les selles, a trouvé *des peaux*, il y a deux mois.

Depuis cette époque aucune douleur.

Hier l'enfant a commencé à se plaindre de vives douleurs dans le ventre et toujours à droite, elle a vomi deux fois : vomissements alimentaires et quelque peu muqueux. Elle a été à la selle hier dans la journée. Matières très claires.

Etat actuel 4 mai. — Bon aspect général, langue légèrement saburrale, l'enfant dit avoir bon appétit, pas de fièvre.

Constipation, légère douleur dans la fosse iliaque droite, petite tumeur qui roule sous le doigt.

Opération le 27 mai 1904. — Incision de Jalaguier. Appendice long, non adhérent, en bas et en dedans, contenant des oxyures. Folliculite hémorragique marquée. Les dernières agrafes sont enlevées le 6 juin. Réunion parfaite. L'enfant part chez elle complètement guérie.

OBSERVATION XXVI

B... Alice, 14 ans, salle Belgrain. Entrée le 5 février 1903, sortie le 6 août 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort de phtisie pulmonaire. Mère en bonne santé. Sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Première dent à 8 mois. Marche à 18 mois pendant deux mois seulement, car un médecin conseille à ce moment de la laisser couchée. Est opérée de *genu valgum* à Troussseau, à 5 ans, par M. Broca.

A 18 mois rougeole. Régée à 13 ans. Constipation habituelle.

Il y a quinze jours, elle ressentit tout à coup des douleurs très vives dans tout le ventre, plus fortes cependant à gauche, avec sueurs froides. Cette crise douloureuse dura quelques heures. Le lendemain quelques douleurs dans le ventre : pas de nausées ni de vomissements, mais constipation.

La malade se rappelle avoir ressenti l'an dernier des douleurs très vives dans le ventre, avec nausées, vomissements, constipation. Cette crise, avec fièvre fut très intense, dura trois jours et passa.

Etat actuel. — Etat général bon, fièvre vespérale, pouls : 80, inappétence, constipation.

Léger ballonnement, la palpation dans la fosse iliaque droite permet de sentir un petit boudin répondant probablement à l'appendice.

12 février 1903. — On constate dans les selles du mucus et des membranes. Mise au traitement huile de ricin à petites doses quotidiennes, frictions sur l'abdomen avec onguent belladonné.

Vers les premiers jours de mars ventre souple, appendice gros.

Opération le 5 mars 1903. — Epiploon rouge mais souple appendice en position inféro-interne avec multiples adhérences, premier pansement le 13 mars 1903. Belle cicatrisation. Etat général excellent.

Sortie le 5 avril 1903. Très bon état.

OBSERVATION XXVII

D... Jean, 5 ans, salle Legendre, hôpital Trousseau. Entré le 10 décembre 1899.

A eu la rougeole.

Pas de constipation habituelle, diarrhée il y a un an ; mais depuis le mois de juillet il était chez sa grand'mère, qui déclare qu'elle n'a remarqué aucun trouble gastro-intestinal.

Début dans la nuit du 7 au 8 décembre, l'enfant se plaint du côté droit. Le vendredi matin l'enfant essaye de manger et rend ; il a rendu depuis tout ce qu'il a pris et même sans alimentation : vomissements bilieux.

La grand'mère a constaté de la fièvre dès le vendredi matin.

Le lendemain samedi, le médecin appelé donne deux purgatifs, un le matin, un le soir, l'enfant a toujours de la fièvre et se plaint du côté. Vomissements bilieux. Dans la soirée on lui met une vessie de glace. Le ventre se ballonne. Pas de selles depuis vendredi, mictions rares. Entre à l'hôpital le dimanche 10 décembre.

Le pouls est à 120, respiration : 40. Température : 38 degrés, langue sale mais humide.

Le ventre est tendu, douloureux surtout du côté droit, le point de Mac Burney est douloureux mais difficile à différencier, sonorité exagérée sauf dans le flanc droit, en dedans et un peu au-dessus de l'épine iliaque.

Dès le lendemain la température baisse, plus de vomissements, bon état général.

La fosse iliaque droite est plus facile à examiner car le ballonnement a disparu. On trouve alors de la défense musculaire, de la submatité, de la résistance profonde, point de Mac Burney peu net.

Le 14 au soir, pouls à 140, malade inquiet, langue un peu sèche, fosse iliaque droite peu douloureuse, on se propose d'intervenir dès le lendemain.

16 décembre. — La température a baissé, l'enfant se trouve bien, la langue est bonne, pouls à 128.

18 décembre. — Au soir. Pouls : 80, bon état général, langue bonne, paroi abdominale un peu affaissée, submatité très légère dans la fosse iliaque droite, en haut et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le point de Mac Burney n'est pas sensible, le maximum de douleur siège en haut et un peu en dehors de l'épine iliaque, la paroi résiste à droite, très souple à gauche.

Depuis son entrée, malgré l'opium des premiers jours un peu de diarrhée, jusqu'au 14.

On cesse les pilules d'opium le jeudi 14.

Maintenant un peu de constipation. La glace a été maintenue dès le début.

D'après le père de l'enfant les troubles gastro-intestinaux sont bien réels, l'enfant avait une diarrhée continuelle qu'il fallait combattre par des médicaments, et pour laquelle on avait institué un régime alimentaire sévère.

22 décembre. — Pouls à 84 très bon. Température : 37 degrés.

Depuis le 16 la langue est bonne, un peu blanche mais bien humide. La paroi abdominale se défend beaucoup moins à droite, plus de matité ni d'empatement sensible.

28 décembre. — La langue est humide et un peu blanche, le poulx bon et à 80. La paroi ne se défend plus au niveau de la fosse iliaque droite et par l'exploration profonde on sent rouler sous le doigt un petit cordon un peu douloureux et qui doit être l'appendice.

La douleur est presque nulle au point de Mac Burney.

Opération le 12 janvier 1900. — Appendice en dehors et en arrière du cæcum aboutissant à un foyer ne contenant pas de pus, mais de fongosités.

Un drain.

La plaie a suppuré quelque temps mais le 20 février elle est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXVIII

Edgard L..., 10 ans, salle Denonvilliers, hôpital Trousseau, entré le 10 décembre 1895, sorti le 19 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Trois enfants, un mort d'une fluxion de poitrine. Deux vivants, l'un bien portant en ce moment, mais ayant cependant, depuis la naissance, une diarrhée rebelle au traitement.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon jusqu'à 2 ans $1/2$. A marché à seize mois, n'avait jamais été malade avant le début de l'affection actuelle.

Depuis cinq ans environ, l'enfant avait une diarrhée continue. Vendredi dernier, 6 décembre, l'enfant s'était couché très bien portant, ayant bien dîné lorsque, vers le milieu de la nuit, il se réveille brusquement et se met à vomir. Les parents

n'attachent aucune importance à ce vomissement croyant à une indigestion. Le matin l'enfant se plaint de douleurs abdominales, on appelle un médecin. Celui-ci prescrit un lavement glycériné, de l'huile de ricin et des cataplasmes sur le ventre de l'enfant. Aucune amélioration, l'enfant accuse des douleurs abdominales croissantes.

Etat actuel. — Malaise, douleur locale, constipation, l'enfant ne va à la selle qu'à l'aide des lavements, pas d'appétit, douleur croissante.

Au niveau de la fosse iliaque droite pas de saillie apparente, à la pression superficielle aucune sensation ; la pression un peu plus forte traduit de la douleur en deux points sur une ligne verticale menée par l'épine du pubis : l'un à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic, l'autre, le principal, très près de l'ombilic. La palpation révèle l'existence d'une masse de la grosseur d'une noix, allongée parallèlement à l'arcade crurale, située à deux travers de doigt au-dessus de cette arcade. Le premier point douloureux correspond à cette masse qui est peu délimitable, matité appréciable à ce niveau. Rien au toucher rectal, si ce n'est, assez bas, dans la direction de la fosse iliaque droite une résistance. Bon état général.

Opération, le 11 décembre. — Incision parallèle à l'arcade de Fallope, adhérences, foyer purulent, drainage. Sort le 19 janvier 1896, guéri complètement.

OBSERVATION XXIX

L... Pauline, 10 ans 1/2, salle Valleix (Trousseau).

Entrée le 20 mars 1899, sortie le 2 mai 1899.

Il y a sept ans a eu une première crise qui a duré quatre jours.

En septembre 1897 deuxième crise. Mise en observation à Troussseau, salle Valleix, elle y reste quatre jours sans phénomènes aigus.

Au moment de ses crises la malade ressent une violente douleur localisée du côté droit de l'abdomen. Va très souvent à la selle, quatre fois au moins par jour.

Enfin il y a huit jours a eu une nouvelle crise paraissant plus forte que les précédentes.

Douleurs très vives et presque ininterrompues.

Elle entre à Troussseau, salle Valleix, le 20 mars 1899.

Actuellement l'examen est rendu difficile par la rétraction de la paroi abdominale, empâtement de la fosse iliaque droite. La malade se plaint d'une douleur assez vive dans cette région, augmentant par la pression. Très légère douleur également à gauche. Selles beaucoup moins fréquentes, un peu de diarrhée. Température : 37°2.

22 mars. — Température : 38°4. Douleur moins vive.

Pouls : 110, fort et régulier, résistance musculaire difficile à vaincre, cependant la fosse iliaque droite est douloureuse. Bon état général, le soir, 38°2.

23 mars. — Grosse masse dans la fosse iliaque droite bien perceptible, la contraction musculaire ne se produisant plus à l'exploration. Pouls : 92, température : 37 degrés, langue un peu sèche.

Opération. — Incision sur le bord externe du grand droit.

Pas d'adhérences, l'appendice est représenté par une petite masse agglomérée et vascularisée au niveau du cæcum. En arrière cette masse est fixée à la partie la plus inférieure de la

fosse iliaque droite. En explorant ces adhérences le doigt donne issue à un pus crémeux, fécaloïde. On protège la partie supérieure de la plaie et le péritoine avec des compresses. Mèches iodoformées. Sutures au catgut.

Guérison complète, le 2 avril 1899.

OBSERVATION XXX

Max P..., né le 13 juillet 1900, à terme. Eut dès sa naissance un ictère qui dura quelques jours. Il fut nourri au sein, mais difficilement, eut six nourrices et souffrit de *diarrhée verte*.

Sevré en août 1901, il digérait fort bien le lait concentré, mais eut de l'entérite quand on lui donna d'autres aliments.

18 juillet 1903. — Accidents intestinaux aigus, diarrhée sanglante, fièvre, et atteinte concomitante de paralysie infantile (membre inférieur droit).

Les accidents aigus ont duré deux à trois jours. L'enfant n'a recommencé à marcher qu'en octobre.

L'entérite a continué, par périodes, depuis cette époque. En mai 1904 crise sérieuse (un mois au lit), le caractère *muco-membraneux* se précise et s'accroît. L'enfant reste constipé mais rend souvent des lambeaux de peaux et des glaires, ne tolère que légumes et viandes blanches.

Rougeole en décembre 1904.

13 septembre 1905. — Crise d'appendicite à début très brusque, en tramway. Pendant vingt-quatre heures vomissements verts. Pouls : 144. Température : 39 degrés.

Le lendemain ne vomit plus. Température : 37°5. Pouls : 112.

Douleur très nette à la pression dans la fosse iliaque, empâté-
ment léger.

Opération 14 décembre 1905. — Appendice non adhérent
très congestionné, contenant un calcul.

Depuis l'enfant est moins constipé, il tolère le pain et la
viande rouge.

Comme sa mère va à Plombières il y suivra le traitement.

OBSERVATION XXXI

Louise B..., 11 ans 1/2, salle Belgrain. (Enfants-Malades).
Entrée le 2 mars, sortie le 23 avril 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère de tempérament assez
faible, a été opérée par M. Mouchet d'une hernie inguinale
droite. A eu deux enfants morts en bas âge. Pas de fausses
couches. Mari très rhumatisant.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon,
assez bien réglée. Première dent à 7 mois, premier pas à
16 mois.

L'enfant a toujours été « très échauffée », nous dit la mère ;
sujette aux entérites.

Elle n'allait jamais à la selle sans lavement.

A eu rougeole, scarlatine, coqueluche, varicelle.

Il y a six ans a eu de la chorée, soignée à la Salpêtrière.

La première crise appendiculaire date de un an.

L'enfant a été prise de violentes douleurs dans l'abdomen et

de vomissements qui n'ont duré que la soirée : vomissements alimentaires.

La mère a cru à une petite indigestion. Le lendemain l'enfant était sur pied, mais s'est toujours plainte d'une petite douleur parfois paroxystique dans la fosse iliaque droite, avec une dyspnée assez marquée qui gênait l'enfant dans ses jeux.

A eu une nouvelle petite crise en été, au mois de juillet.

Depuis la première crise l'enfant était constipée, les matières étaient dures, striées parfois de sang, souvent mucus et peaux.

L'enfant entre à l'hôpital où on fait le diagnostic d'appendicite.

Etat actuel. — Léger ballonnement du ventre. Pas de douleur superficielle. Légère défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. A la palpation profonde on sent une masse arrondie, douloureuse, qui paraît être le cæum épaissi. Toucher rectal négatif.

Bronchite légère.

Opération le 28 mars. — Appendice long de 5 à 6 centimètres, situé en bas et en dedans, très rouge. Folliculite hémorragique, surtout à la base.

6 février. — On enlève les fils.

23 avril — L'enfant sort avec une belle cicatrice complètement guérie.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence de la succession et de la coexistence de l'entérite et de l'appendicite ne peut être attribuée au seul hasard, et démontre l'existence de rapports entre ces deux affections.

II. — L'appendicite est une affection chronique à épisodes aigus.

III. — Maladie infectieuse, localisée, l'appendicite est subordonnée dans son développement et son évolution à toutes les causes qui amoindrissent la résistance phagocytaire de l'appendice.

IV. — Toutes les entérites peuvent retentir sur l'appendice et ont, de ce fait, une action prédisposante sur le développement de l'appendicite. Mais le rôle principal est joué par l'entérite chronique et particulièrement par l'entéro-colite mucomembraneuse.

Vu : le Président de la thèse,

SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- KIRMISSON. — Les appendicites, symptomatologie clinique et étiologie. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*.
- GORDON (M^{lle}). — Appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896.
- PESQUEREL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1899.
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1900.
- COMBY. — Entérites et appendicites chez les enfants (*Bulletin médical*, 18 juillet 1906).
- BROCA. — Appendicites chroniques, diagnostic précoce et traitement des appendicites aiguës chez l'enfant. Conférence faite le 18 mai 1906 à la Société de Pédiatrie de Londres.
- BEAUSSENAT. — Appendicite expérimentale, pathogénie de l'appendicite. Thèse de Paris, 1897.
- HUCHARD. — La douleur appendiculaire à siège épigastrique et rapports des entéro-pathies muco-membraneuses avec l'appendicite. *Académie de Médecine*, 3 juillet 1906.
- TREMOLIÈRES. — Entéro-côlite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1906.
- RECLUS. — Entéro-côlite et appendicite. *Académie de Médecine*, 30 mars 1897.

- Discussion sur l'appendicite. Académie de Médecine, 1899.
- DIEULAFOY, RECLUS et CORNIL. — Typhlo-côlite et appendicite.
- Académie de Médecine, 5 juin, 12 juin, 19 juin, 26 juin 1906.
- GUINON. — Entérite et appendicite chez l'enfant.
- Revue mensuelle des maladies de l'enfance, août 1906.
- RICHELOT. — Académie de médecine, 12 juin 1906.
- ROY. — Entéro-côlite et appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1906.
- AUVRAGNET. — Archives de Médecine des enfants, 1898.
- Société de Pédiatrie, 14 novembre 1899.
- TRIBOULET. — Archives de Médecine des enfants, 1901.
- DELACOUR. — Syndrôme adénoïdien, 1904.
- ROUX et JOSSERAND. — Relations des entéro-côlites avec les adénoïdites, 40 observations. Revue des maladies de l'enfance, août 1906.
- GUINON. — Relations des entéro-côlites avec les adénoïdites. Revue des maladies de l'enfance, nov. 1906.
- BERNARD. — Congrès de Madrid, 1903.
- TERRIEN. — Des relations étiologiques de l'adénoïdite, de l'entéro-côlite et de l'appendicite chez l'enfant. Médecin praticien, 20 décembre 1906.